



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

***STRESS* RELACIONADO COM O TRABALHO E MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA: UM OBSTÁCULO?**

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DE UMA AMOSTRA DE VENDEDORES
FUMADORES**

CÁTIA PATACAS

XVI CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA EMÍLIA NUNES

CO-ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR PEDRO AGUIAR

**Lisboa
2015**

*Com o Coração se pede.
Com o Coração se procura.
Com o Coração se bate
e é com o Coração que a porta se abre.*

Santo Agostinho

Ao Amor incondicional de Quem está sempre presente

Agradecimentos

A realização do presente trabalho de projeto contou com a colaboração de várias pessoas, às quais destino, desde já, o meu louvor e agradecimento:

- À minha Orientadora, a Professora Doutora Emília Nunes, com quem tive o privilégio de contar desde o primeiro momento, pelo apoio incondicional e permanente, excelente e assertivo sentido pedagógico e exímio modelo profissional e académico;
- Ao Professor Doutor Pedro Aguiar, pela disponibilidade e orientação da minha “caminhada estatística” ao longo do trabalho;
- Um especial louvor à Administração e todo o pessoal da Empresa que acolheu o estudo, desde logo recetivos e prontos a apoiar a realização do presente trabalho-projeto;
- Ao Carlos Valido, pela amizade e desbloqueamento em momento crítico;
- A todos os docentes, não docentes e colegas que, de forma mais contínua ou pontual, direta ou indireta, nunca hesitaram em prestar todo o apoio necessário;

At last but not the least...

- Ao meu esposo André Afonso, pilar de todas as minhas decisões, pela enorme Graça que é tê-lo sempre a meu lado e Caminhar preenchida pela sua bondade, amor e amizade;
- Aos meus maravilhosos Pais, Irmãos e Avós presente e ausentes, por me permitirem crescer rodeada pelo seu amor, disciplina e paciência, que me fizeram tornar na pessoa que hoje sou;
- Aos meus sogros e cunhados, família que recebi e que me acolheu de coração;
- A todos os amigos e amigas que me fortalecem com as suas palavras e conselhos;
- E, sobretudo, Àquele *que é, e que era, e que há de vir.*

Resumo

O tabagismo surge como a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura em países desenvolvidos. Dentre os fatores influenciadores do comportamento face ao consumo de tabaco, a influência dos fatores de *stress* no local de trabalho foi alvo de diversos estudos com resultados mistos, revelando uma evidência empírica inconclusiva.

Foi feito um estudo exploratório, transversal, que visou verificar a existência de associação entre algum dos fatores de *stress* no trabalho, nomeadamente 1) *requisitos no trabalho*, 2) *autoridade decisória*, 3) *discriminação de tarefas*, 4) *condições de emprego*, 5) *apoio dos chefes e colegas*, 6) número de horas de trabalho e 7) satisfação com o trabalho; com a motivação para a cessação tabágica. A amostra contou com 95 vendedores de bens de consumo alimentar, fumadores. Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas, variáveis de caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco, o *Teste de Richmond*, variáveis de caracterização profissional e o *Questionário Sobre Stress no Local de Trabalho*.

O *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* revelou uma validade insuficiente para a caracterização da maioria dos fatores de *stress* em estudo, manifestada por α de Cronbach muito baixos, pelo que a análise de associação apenas foi realizada entre os fatores de *stress* 1) *apoio dos chefes e colegas*, 2) número de horas de trabalho e 3) satisfação com o trabalho; e a motivação para a cessação tabágica. Para níveis de significância de 10%, o número de horas de trabalho apresentou uma associação positiva estatisticamente significativa com a motivação para a cessação tabágica, duplicando a probabilidade da sua ocorrência [OR = 2,429 (IC95%: 0,945 – 6,240)]. Em toda a análise de dados realizada foi prevalente a baixa motivação para a cessação tabágica dos vendedores, independentemente da variação dos fatores de *stress* relacionados com o trabalho.

Palavras-chave: tabaco, população laboral, *stress* relacionado com o trabalho, motivação para a cessação tabágica

Abstract

Smoking emerges as the first avoidable cause of illness, disability and premature death in developed countries. Among the contributing factors of the behavior related to smoking, the influence of work-related stress in the behavior related with tobacco consumption has been the subject of several studies with mixed results, revealing inconclusive empirical evidence.

An exploratory cross study was designed, aiming to verify the existence of association between some of the work related stress factors, namely 1) job demands, 2) decision authority, 3) skill discretion, 4) terms of employment, 5) supervisor and co-worker support, 6) number of working hours and 7) job satisfaction; with the motivation for smoking cessation. The sample was constituted by 95 smoking food goods sellers. A questionnaire was applied with sociodemographic variables, characteristic variables of the behavior facing the use of tobacco, the *Richmond test*, professional characterization variables and the *Questionnaire Stress at the Work Site*.

The *Questionnaire Stress at the Work Site* proves insufficient validity for the characterization of most work related stress factors, revealing a very low Cronbach's α , so the association analysis with the motivation for smoking cessation was only performed to 1) supervisor and co-worker support, 2) number of working hours and 3) job satisfaction stress factors. For significance levels of 10%, number of working hours showed a statistically significant positive association with motivation for smoking cessation, doubling its likelihood [OR = 2,429 (CI: 95%: 0,945 – 6,240)]. In all analyses of the study, a low motivation for smoking cessation of the vendors prevailed, regardless of the variation of stress factors.

Keywords: tobacco, working population, work-related stress, motivation for smoking cessation

Índice geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Índice geral.....	vi
Índice de Quadros.....	ix
Índice de Figuras.....	xi
Siglas, acrónimos e notações estatísticas.....	xii

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução.....	2
1.1. A importância do tabaco enquanto problema de Saúde Pública.....	5
1.2. O impacto do consumo de tabaco na população laboral.....	7
1.3. Caracterização do consumo de tabaco na população geral e na população laboral.....	8
1.4. O tabagismo ativo e passivo enquanto fator de risco para a saúde.....	11
1.5. Cessação tabágica enquanto objetivo primordial em Saúde Pública.....	13
1.5.1. A potencialidade da intervenção em cessação tabágica no local de trabalho.....	15
2. A interação entre o ambiente/condições no local de trabalho e o Tabagismo.....	18
2.1. Ambientes de trabalho 100% livres de fumo.....	19
2.2. A relação entre <i>stress</i> e o tabagismo.....	21

2.3. A influência do <i>stress</i> relacionado com o trabalho no comportamento face ao consumo de tabaco.....	25
2.4. <i>Stress</i> relacionado com o trabalho e cessação tabágica.....	28

PARTE 2 – ESTUDO EXPLORATÓRIO

1. Definição da problemática.....	31
2. Objetivos e pergunta de investigação.....	32
3. Material e Métodos.....	35
3.1. Delineamento do estudo.....	35
3.2. Operacionalização do estudo.....	35
3.3. População e amostra em estudo.....	39
3.4. Método de recolha de informação.....	39
3.5. Instrumento de colheita de dados.....	40
3.6. Definição e operacionalização das variáveis em estudo.....	42
3.6.1. Caracterização demográfica, estado de saúde autopercepcionado e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas.....	42
3.6.2. Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco.....	44
3.6.3. Caracterização profissional, identificação de stress extra- organizacional autopercepcionado e fatores de stress no trabalho...	47
3.7. Pré-teste.....	50
3.8. Considerações éticas.....	51
3.9. Tratamento dos dados.....	51
4. Resultados.....	52

4.1.Caracterização demográfica, estado de saúde autopercepcionado e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas.....	52
4.2.Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco.....	54
4.3.Caracterização profissional, identificação de stress extra-organizacional autopercepcionado e fatores de stress no trabalho.....	58
4.4 Motivação para a cessação tabágica em função das covariáveis: sociodemográficas, comportamento face ao consumo de tabaco e stress extra-organizacional autopercepcionado.....	62
4.5. Motivação para a cessação tabágica em função dos fatores de <i>stress</i> relacionados com o trabalho.....	63
4.5.1. <i>Apoio dos chefes e colegas</i> e motivação para a cessação tabágica..	64
4.5.2. Horas de trabalho e motivação para a cessação tabágica.....	65
4.5.3. Satisfação com o trabalho e motivação para a cessação tabágica....	66
4.5.4. Intensidade e sentido da correlação entre os fatores de <i>stress</i> no trabalho e a motivação para a cessação tabágica.....	67
5. Discussão.....	68
6. Limitações do estudo.....	79
7. Conclusões.....	81
8. Referências bibliográficas.....	85
Apêndices e anexos.....	92

Índice de Quadros

Quadro 1.	Cronograma do estudo exploratório.....	36
Quadro 2.	Descrição das variáveis de caracterização demográfica, estado de saúde autopercebido e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas.....	42
Quadro 3.	Descrição das variáveis de caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco.....	45
Quadro 4.	Caracterização profissional, identificação de stress extra-organizacional e fatores de stress no trabalho.....	47
Quadro 5.	Distribuição da amostra segundo NUTS II.....	53
Quadro 6.	Distribuição da amostra segundo os motivos que levaram a manter os hábitos tabágicos.....	56
Quadro 7.	Cálculo do α de Cronbach dos itens do <i>Teste de Richmond</i>	57
Quadro 8.	Cálculo do α de <i>Cronbach</i> de cada um dos itens do <i>Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho</i>	60
Quadro 9.	Medição da associação e correlação entre as covariáveis em estudo e a motivação para a cessação tabágica.....	62
Quadro 10.	Cruzamento entre o resultado <i>apoio dos chefes e colegas</i> e o resultado do <i>Teste de Richmond</i>	64
Quadro 11.	Cruzamento entre horas de trabalho e os resultados do <i>Teste de Richmond</i>	65
Quadro 12.	Cruzamento entre o valor atribuído à satisfação com o trabalho e os resultados do <i>Teste de Richmond</i> na amostra...	67
Quadro 13.	Medição da correlação entre os fatores de stress relacionados com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica.....	68

Índice de Figuras

Figura 1.	Abordagem conceptual relativa à prevenção e controlo do comportamento tabágico. Hopkins, <i>et al.</i> , 2001.....	14
Figura 2.	<i>Overview of smoke-free legislation</i> , UE. Comissão Europeia, 2013.....	20
Figura 3.	Síndrome geral de adaptação. Sacadura-Leite E.; Uva A. S., 2007.....	22
Figura 4.	Esquema do estudo exploratório.....	33
Figura 5.	Esquema de operacionalização do estudo exploratório.....	37
Figura 6.	Distribuição de vendedores por consumo do 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar e grupo etário.....	55
Figura 7.	Distribuição de vendedores por motivação para a cessação tabágica.....	57
Figura 8.	Distribuição de vendedores por autoperceção dos malefícios do tabaco na sua saúde no futuro, avaliada em escala visual analógica.....	58

Siglas e acrónimos

EUA – Estados Unidos da América

EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

EUROFOUND – Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho

DALY – Disability Adjusted Life Years

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

MS – Ministério da Saúde

MPOWER – Monitor; Protect; Offer; Warn; Enforce; Raise taxes

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health

OMS – Organização Mundial da Saúde

UE – União Europeia

US – United States

WHO – World Health Organization

Notações estatísticas

χ^2 (n): Teste de independência do Qui-quadrado

Coeficiente ρ de Spearman: Coeficiente de Correlação Ró de Spearman

IC: Intervalo de Confiança

OR: *Odds Ratio*: Razão de possibilidades

1. Valor p : Nível de significância

PARTE 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução

O tabaco é uma substância produzida a partir de duas variedades de planta: a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana glauca* (Nunes, 2011). Com uma história de 8 milénios, a planta do tabaco terá sido importada para a Europa por Colombo, em 1492, no seu retorno da viagem à América (Reddy, 2005). No século XVII os portugueses levaram o tabaco para a Índia, tornando-se uma moeda de troca, espalhando-se rapidamente pelo globo (Reddy, 2005). Hoje em dia, o tabaco ainda se mantém uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo.

Quando uma pessoa fuma um cigarro, esta inala mais de 7000 compostos químicos, 69 dos quais carcinogénicos e um composto com importantes propriedades psicoativas e causador de dependência – a nicotina. (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Pelas suas propriedades, o tabaco é a *primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura* em países desenvolvidos, sendo que os continentes Europeu e Americano detêm a maior mortalidade do mundo atribuível ao tabaco (PORTUGAL. MS. DGS, 2013b). O tabaco provoca uma morte a cada seis segundos, matando quase metade dos seus consumidores (WHO, 2014). Em Portugal, um em cada dez portugueses com idade superior ou igual a 30 anos morre por doenças associadas ao uso do tabaco, aumentando para um em cada quatro óbitos em portugueses com idade compreendidas entre os 45 e os 59 anos (PORTUGAL. MS. DGS, 2013b). Estima-se que, em 2030, o número anual de óbitos no mundo atribuíveis ao tabaco alcance os 8 milhões (WHO, 2014).

O comportamento tabágico está, para muitos, associado ao alívio do *stress*, sendo que Childs e Wit (2009) relataram que o consumo de tabaco de facto altera a resposta ao *stress*. Segundo estes investigadores, o *stress* contribui para a manutenção do consumo de tabaco enquanto mecanismo de *coping* face ao mesmo. Por essa razão, segundo Heishman (1999) a dependência da nicotina pode desenvolver-se mais rapidamente em ambientes *stressantes*.

Tal como o tabaco, o *stress* também é um problema comum transversal à sociedade contemporânea, sendo que, na Europa, o *stress* relacionado com o trabalho representa o segundo problema de saúde mais auto reportado pelos trabalhadores europeus (UE. EU-OSHA, 2013).

A instabilidade económica atual é um fator de risco para a ocorrência deste fenómeno. Num tempo em que a produtividade é crucial para a continuidade das empresas, tal facto gera pressão nos trabalhadores, provocando o aumento da probabilidade de ocorrer erros e acidentes (UE. EU-OSHA , 2013).

Para além dos erros e acidentes, o *stress* relacionado com o trabalho predispõe ao desenvolvimento de problemas de saúde física e mental dos trabalhadores. Segundo a EU-OSHA (2013), o *stress* relacionado com o trabalho pode estar relacionado com 50% a 60% dos dias de trabalho perdidos. Dentre as consequências mentais provocadas pelo *stress*, as alterações da função percetivo-cognitiva, emocional e comportamental induzem o indivíduo a comportamentos e hábitos de vida pouco saudáveis, nomeadamente restrição na prática de exercício físico, consumo alimentar desequilibrado e o aumento de consumo de álcool e tabaco (Sacadura-Leite, Uva, 2007).

Vários estudos têm demonstrado a influência do *stress* relacionado com o trabalho, mais especificamente dos fatores de *stress* em contexto de trabalho, no comportamento face ao consumo de tabaco, nomeadamente na intensidade tabágica, na probabilidade de cessação e na probabilidade de recaída após tentativa de cessação (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). No entanto, a evidência empírica tem resultado inconclusiva, com variações de resultados entre associações positivas, negativas ou nulas (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012).

Sendo a cessação tabágica a solução a curto/médio prazo mais efetiva na melhoria da morbilidade e mortalidade causadas pelo tabagismo ativo e passivo (PORTUGAL. MS. DGS, 2007), procurou-se, no presente estudo exploratório, verificar se existe uma associação entre os fatores de *stress* relacionados com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica num grupo de trabalhadores. Dependendo da associação verificada, procurar-se-á discutir qual ou quais as estratégias de atuação adequadas para apoio dos trabalhadores fumadores no controlo da dependência e cessação tabágica, seja a nível de intervenções que visem o aumento de motivação para a cessação tabágica, ou de intervenções que visem a prevenção dos riscos psicossociais no local de trabalho.

O presente estudo exploratório foi, desta forma, dividido em três etapas:

- 1) planeamento do estudo, no qual se aprofundou a temática, delinearam-se objetivos de estudo, se definiu o contexto no qual decorreria a sua operacionalização e se selecionou a amostra de trabalhadores que daria corpo aos resultados;
- 2) a execução do estudo, com definição de metodologias que permitissem o cumprimento dos objetivos propostos e validação e execução de procedimentos com a Empresa que aceitasse o acolhimento do presente estudo exploratório;
- 3) análise dos dados, discussão e conclusões, etapa que se pretende que seja um contributo para o delineamento futuro de estratégias de prevenção e controlo do tabagismo no local de trabalho.

1.1. A importância do tabaco enquanto problema de Saúde Pública

O tabaco é, atualmente, uma epidemia à escala global. Eriksen, Mackay e Ross (2012) descrevem uma subdivisão em quatro estádios para a evolução desta epidemia. O primeiro estádio é o marco do início da epidemia. Nesta fase existe um aumento da prevalência do comportamento tabágico, sendo que, no entanto, a mortalidade atribuída ao mesmo não é significativa. No segundo estádio acentua-se o aumento da prevalência de população fumadora mas, à semelhança do primeiro estádio, a percentagem de mortes atribuídas ao consumo de tabaco permanece abaixo dos 5%. Será no estádio seguinte, o terceiro, que a mortalidade atribuída ao tabaco aumenta para 20% a 50% do total de mortes na faixa etária dos 35 aos 69 anos, sendo que a prevalência do comportamento tabágico estabiliza ou começa a diminuir. Finalmente, no quarto estádio, existirá uma diminuição tanto da prevalência como das mortes atribuídas ao tabaco, limites mínimos que, de momento, não estão definidos (Eriksen, Mackay, Ross, 2012).

No momento atual assiste-se a uma estabilização ou diminuição da prevalência de fumadores a nível mundial, expressa em 20% da população repartida em 800 milhões de homens fumadores e 200 milhões de mulheres fumadoras (Eriksen, Mackay, Ross, 2012). No entanto, devido ao aumento da população, o número total de fumadores continua a aumentar, particularmente em países de baixo e médio desenvolvimento, os quais detêm 80% do total de fumadores adultos do sexo masculino a nível mundial (Eriksen, Mackay, Ross, 2012). Anualmente são consumidos 6 triliões de cigarros.

O tabaco é considerado *a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos* (PORTUGAL. MS. DGS, 2014) pela Organização Mundial da Saúde. Durante o século XX, o tabagismo provocou a morte de 100 milhões de pessoas (PORTUGAL. MS. DGS, 2014), podendo aumentar no século XXI para um total de mil milhões de mortes. O tabaco mata quase metade dos seus consumidores (Eriksen, Mackay, Ross, 2012) e é anualmente responsável por 6 milhões de mortes em todo o mundo, sendo que 700 000 dessas mortes localizam-se na União Europeia (PORTUGAL. MS. DGS,

2014). Estima-se que, em 2030, o número anual de óbitos atribuíveis ao consumo de tabaco alcance os 8 milhões (WHO, 2014).

Não são considerados somente os fumadores no que respeita à mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, contabilizando-se também 600 000 pessoas não fumadoras que morrem devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco. Esta exposição passiva ocorre com maior frequência nas residências particulares, no local de trabalho ou em espaços públicos e é causadora de mais de 10% das mortes relacionadas com o tabaco (WHO, 2013; Eriksen, Mackay, Ross, 2012).

No ano de 2010, em Portugal, houve um número estimado de 11 800 óbitos relacionados com o consumo de tabaco e 845 mortes relacionadas com a exposição ao fumo ambiental, sendo que, deste último valor, 96% relacionaram-se com doenças cardiovasculares (PORTUGAL. MS. DGS, 2014). Em Portugal, o tabagismo representa 20% do total de mortes por doença do foro respiratório, 19% do total de mortes por cancro e 11,2% do total de mortes por doenças do aparelho circulatório (PORTUGAL. MS. DGS, 2014). O consumo de tabaco é ainda a segunda causa de perda de anos de vida saudável nos homens portugueses, apenas ultrapassado pelos riscos alimentares, e a sétima causa de perda de anos de vida saudável nas mulheres (PORTUGAL. MS. DGS, 2014).

Não obstante a constatação destes factos, parte da população portuguesa não perceciona o comportamento tabágico como um fator de risco grave para a saúde (PORTUGAL. MS. DGS, 2014). Este tipo de perceção dá espaço para que a indústria tabaqueira continue com as suas estratégias de angariação de clientes em todo o mundo, já que por cada fumador que morre por doença relacionada com o tabaco existem dois novos jovens ou jovens adultos que iniciam o hábito (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Tendo em consideração que as mortes provocadas pelo tabagismo são totalmente preveníveis, deverá existir um esforço intersectorial ao nível local, nacional e internacional para garantir que medidas consistentes de prevenção e controlo do tabagismo sejam tomadas e se mantenham em prática.

1.2. O impacto do consumo de tabaco na população laboral

De acordo com os dados de uma meta-análise realizada em 2012 por Weng, Ali e Leonardi-Bee, os fumadores têm um maior risco de absentismo laboral, na ordem dos 33%, do que os não-fumadores, sendo que, em média, os fumadores ausentam-se mais 2,74 dias do que os não fumadores (Weng, Ali, Leonardi-Bee, 2012). Os fumadores têm uma maior tendência a recorrer a baixas médicas prolongadas, registando-se, igualmente, uma maior frequência de baixas médicas de curta duração. Devido ao absentismo dos fumadores e à sua morte prematura, o Banco Mundial estima que os custos em cuidados de saúde e consequentes da perda de produtividade dos fumadores resultar em perdas económicas na ordem dos 200 mil milhões de dólares por ano (Weng, Ali, Leonardi-Bee, 2012).

Existem diferenças na prevalência de tabagismo entre a população trabalhadora, de acordo com classe/categoria profissional e classe socioeconómica (Albertsen, *et al.*, 2003; Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). Estas diferenças de prevalência rondam os valores dos 20%-30% entre a classe socioeconómica mais alta e a mais baixa (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). Atendendo ao facto dos hábitos tabágicos dos fumadores se iniciarem antes da entrada para o mercado de trabalho (Kouvonen, *et al.*, 2005; Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006), e considerando que a maior proporção de fumadores se encontra nas classes socioeconómicas mais baixas, por seleção, a maior proporção de fumadores encontra-se nas classes profissionais que exigem menores habilitações literárias (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006), existindo, em simultâneo, uma maior influência social e ambiental no comportamento face ao consumo de tabaco nestes trabalhadores (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). Por outro lado, a respeito da cessação tabágica, os fumadores com profissões mais exigentes ao nível de habilitações académicas apresentam maior probabilidade de sucesso em deixar de fumar (Dement, 2000; Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). Esta característica encontrou-se associada ao nível educacional mais elevado destes profissionais, usufruindo de maiores recursos para a cessação tabágica (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006).

As características ambientais do local de trabalho podem resultar num agravamento dos prejuízos que o tabaco comporta para a saúde do trabalhador, decorrentes da interação entre o fumo do tabaco e os componentes químicos existentes em meio laboral. A combinação entre estes dois tipos componentes químicos resulta num efeito sinérgico, aditivo, provocando efeitos adversos na saúde mais graves do que a exposição isolada aos componentes químicos do tabaco ou aos componentes resultantes da atividade laboral (Dement, 2000). Estudos revelam que, possivelmente, o risco de cancro do pulmão multiplica quando existe interação entre o fumo do tabaco e a exposição a amianto, sílica, radão, arsénio e éter cloro metílico (Dement, 2000). Relata-se ainda uma possível multiplicação do risco de cancro da bexiga quando combinado o fumo do tabaco a agentes carcinogénicos da bexiga resultantes da atividade laboral (Dement, 2000).

Os fatores organizacionais têm igualmente revelado ser importantes influenciadores do comportamento tabágico dos trabalhadores, particularmente no que diz respeito às condições de trabalho, ritmo de trabalho, *stress* relacionado com o trabalho e ao significado social que o comportamento tabágico adquire entre os trabalhadores (Ham *et al.*, 2011). A influência destes fatores no comportamento face ao consumo de tabaco será explorada no capítulo 2.

Atendendo ao impacto que o local de trabalho pode ter no comportamento face ao consumo de tabaco e na saúde dos trabalhadores, as políticas sobre o tabaco no local de trabalho, bem como o acesso a programas de cessação tabágica, poderão ter um papel fundamental na prevenção dos malefícios do tabaco nos trabalhadores.

1.3. Caraterização do comportamento tabágico na população geral e na população laboral

Em 2012, a população de fumadores, em Portugal, representava mais de um quarto do total da população entre os 15 e os 64 anos, sendo que 91,8% desta população se afirmava como consumidora diária de tabaco (Balsa, Vital, Urbano, 2014a).

Segundo a DGS (2013b), o desenvolvimento do comportamento tabágico é caracterizado por cinco fases: a fase de preparação, de iniciação, de experimentação, de consumo regular e a fase de dependência.

Num primeiro momento, o indivíduo, habitualmente adolescente, apreende crenças sobre o uso do tabaco e desenvolve expectativas e curiosidade sobre o produto (preparação). Esta predisposição leva ao primeiro consumo de tabaco e à repetição irregular do seu uso (iniciação e experimentação) (PORTUGAL. MS. DGS, 2013b). Em 2012, as circunstâncias que mais predispuseram a população portuguesa a iniciar o consumo de tabaco foram a influência de pares e a curiosidade/desejo em experimentar a substância (Balsa, Vital, Urbano, 2014a).

Depois desta fase pode seguir-se um consumo repetido e regular (consumo regular), o qual poderá conduzir à dependência, traduzida pelo consumo compulsivo e a apresentação de sintomas de abstinência (PORTUGAL. MS. DGS, 2013b). De acordo com os dados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População* (2014a), em 2012, a manutenção do hábito de fumar ao longo da vida encontrava-se na ordem dos 44,3% (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). No mesmo ano, os homens mantiveram uma maior prevalência no consumo de tabaco ao longo da vida (cerca de 60%) do que as mulheres (29,7%) (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). Quando se diminui o espaço temporal, também se diminui a diferença no consumo de tabaco entre homens e mulheres, sendo que, em 2012, 34,6% de homens e 17,7% de mulheres revelaram ter fumado no último ano e 33% e 16% responderam ter fumado no último mês, respetivamente (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). A faixa etária com maior consumo de tabaco compreendeu-se, no referido ano, entre os 25 e os 44 anos, sendo que, em média, cada fumador português fumava 13 cigarros por dia (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). A respeito da dependência à nicotina, avaliada pelo *Teste de Fagerström*, 56,6% da população portuguesa fumadora revelou uma dependência baixa a esta substância psicoativa, enquanto 34,3% apresentou uma dependência média e 9,1% uma dependência elevada, sendo que os graus de dependência médio e elevado são superiores nos homens e o grau de dependência baixo mais frequente nas mulheres (Balsa, Vital, Urbano, 2014a).

A respeito da cessação tabágica, a população portuguesa que parou de fumar relatou ter mantido o comportamento tabágico, em média, durante 12 anos (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). Quanto aos motivos que levaram os portugueses a deixarem de fumar, a consciencialização dos riscos associados ao tabagismo surgiu em primeiro lugar, seguindo-se, respetivamente, dos prejuízos do tabaco na saúde, do preço elevado do tabaco, do aconselhamento médico, da solicitação de familiares e amigos, de gravidez ou de planos para formar família, sendo que, em último lugar, surgiram as restrições impostas no local de trabalho e locais públicos como motivo para a cessação tabágica (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). Em 2012, de acordo com o *Teste de Richmond*, 85,5% dos portugueses revelaram uma motivação baixa para deixar de fumar, 12,6% revelaram uma motivação moderada e apenas 1,8% dos portugueses manifestaram uma motivação elevada (Balsa, Vital, Urbano, 2014a).

De acordo com os dados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População* (2014a), o maior consumo de tabaco encontrou-se na faixa etária da população laboral. Em 2012, a prevalência de consumo de tabaco ao longo da vida, no último ano, no último mês e diariamente é superior na população laboral (respetivamente 49,7%, 31,7%, 30,0% e 28,7%) do que na população em geral (respetivamente 46,2%, 28,2%, 26,3% e 25,1%) e esse consumo é mais frequente no grupo etário dos 15 aos 34 anos (Balsa, Vital, Urbano, 2014b).

Considera-se *população laboral* como sendo o grupo de indivíduos que exerce uma atividade profissional ou que não exerce essa atividade temporariamente por motivos de baixa ou desemprego. Nesta população, os desempregados apresentam uma maior prevalência no consumo de tabaco (53,3% no sexo masculino e 20,3% no sexo feminino), seguindo-se a população que exerce uma atividade profissional (33,8% do sexo masculino e 20,1% do sexo feminino) e por último a população que se encontra em situação de baixa (33,3% no sexo masculino e 6,2% no sexo feminino) (Balsa, Vital, Urbano, 2014b). Vogli e Santinello (2005), referindo-se à *hipótese psicossocial*, revelam que o comportamento tabágico nos desempregados é afetado pelo *stress*, baixo controlo e isolamento social, sendo que desempregados de classes profissionais mais

baixas estão ainda desproporcionalmente expostos a fatores de *stress* económico e social relativamente a desempregados de classes profissionais mais altas.

Quanto à população ativa em Portugal, os homens, os quadros superiores e os trabalhadores não qualificados dos setores primário e secundário apresentaram uma maior prevalência no consumo de tabaco, em contraste com as mulheres, que apresentaram uma maior prevalência de consumo nos setores administrativo e dos serviços (Balsa, Vital, Urbano, 2014b). No que respeita a fatores organizacionais, verificou-se uma maior existência de consumo de tabaco entre homens que prestavam trabalho a tempo parcial, em trabalhadores que faziam turnos rotativos diurnos, em trabalhadores sem vínculo contratual, em trabalhadores que desempenhavam uma função há menos de 5 anos e em trabalhadores que estavam pouco ou nada satisfeitos com o seu trabalho (Balsa, Vital, Urbano, 2014b).

Estes dados justificam a necessidade de atender à influência das condições laborais sobre o comportamento tabágico da população, particularmente em condições de crise económica, situação que afeta tanto o acesso ao mercado de trabalho, como as próprias condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores.

1.4. O tabagismo ativo e passivo enquanto fator de risco para a saúde

O ato de fumar é um processo complexo e dinâmico (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2010) que compreende uma fase gasosa e uma fase de partículas. Estas duas fases comportam os mais de 7000 compostos químicos, dos quais 69 são carcinogéneos, presentes no fumo do tabaco (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Na fase gasosa do consumo de tabaco encontram-se presentes azoto, oxigénio, dióxido de carbono, monóxido de carbono, acetaldeído, metano, cianido de hidrogénio, ácido nítrico, acetona, acroleína, amónia, metanol, sulfureto de hidrogénio, hidrocarbonetos, nitrosaminas da fase gasosa e compostos carbonilos (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2010). A fase de partículas

inclui ácidos carboxílicos, fenóis, água, humidificantes, nicotina, terpenóides, parafinas, nitrosaminas específicas do tabaco, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e catecóis (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Estas substâncias comportam efeitos tóxicos, irritantes e cancerígenos tanto para o fumador ativo, na ingestão da corrente primária de fumo do tabaco, como para o fumador passivo, enquanto exposto à corrente lateral ou secundária do fumo do cigarro (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

A composição química de cada uma das correntes anteriormente referidas é diferente consoante a temperatura de combustão do tabaco, que ocorre aos 900°C quando o fumador aspira o fumo e chega aos 600°C no intervalo entre as aspirações (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). O nível de concentração de alguns compostos é superior na corrente lateral, fazendo com que o fumo passivo seja mais nocivo para a saúde do que o fumo tragado na aspiração do fumo pelo fumador. (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). Desta forma, o fumo do tabaco submete o organismo do fumador ativo e passivo a reparações constantes de forma a manter a sua homeostasia. Quando esta é quebrada surge a doença relacionada com o tabaco.

Sabe-se hoje que o consumo de tabaco está relacionado com doenças do foro respiratório (cancros da orofaringe, laringe, traqueia, brônquios e pulmões, DPOC, pneumonia, tuberculose, asma e outros), cardiovascular (acidente vascular cerebral, doença coronária, aterosclerose da artéria aorta abdominal e vascular periférica, aneurisma da artéria aorta), sistema digestivo (cancros do esófago, estômago, fígado, pâncreas e colo-rectal, fenda palatina em bebés de mães fumadoras, periodontite), sistema urinário (cancros da bexiga, rins, ureteres), sistema reprodutor (cancro do colo do útero, disfunção erétil, afeção da fertilidade, gravidez ectópica), afeções oftalmológicas (cegueira, cataratas, degeneração macular) e ainda relacionado com a leucemia mieloide aguda, diabetes, fratura da anca, alterações da função imunológica e artrite reumatoide (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Em 2006, o médico Richard Carmona reportou a inexistência de um limiar seguro de exposição ao fumo ambiental do tabaco, concluindo que uma breve exposição acarreta riscos imediatos para o não fumador exposto (EUA. U.S. Department of

Health and Human Services, 2014). Os malefícios associados à exposição ambiental do tabaco são especialmente nocivos para as crianças, podendo causar doença do ouvido médio, sintomas e afeções do sistema respiratório, síndrome de morte súbita do lactente e baixo peso ao nascer em neonatos cujas mães estiveram exposta ao fumo ambiental do tabaco (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014). No adulto, o fumo passivo pode provocar cancro do pulmão, AVC, doença coronária e irritação nasal, com especial prejuízo para doentes crónicos e trabalhadores com funções em locais fechados com fumo ambiental do tabaco (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014; DGS, 2013). A investigação de Richard Carmona refere ainda que a única forma de proteger os não fumadores do risco ambiental proporcionado pelo tabaco será a eliminação do fumo do tabaco em locais fechados (EUA. U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

1.5. Cessação Tabágica enquanto objetivo primordial em Saúde Pública

A cessação tabágica é a solução mais efetiva a curto/médio prazo na melhoria da morbilidade e mortalidade causadas pelo tabagismo ativo e passivo (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

Ainda que a prevenção da iniciação de consumo de tabaco nos jovens seja uma importante estratégia na diminuição da morbilidade e mortalidade relacionadas com o tabaco, contemplando-se uma diminuição de vinte milhões de mortes acumuladas até 2050 se houver uma diminuição da iniciação dos jovens na ordem dos 50% até 2020, a cessação tabágica de metade dos atuais fumadores até 2020 irá evitar cento e oitenta milhões de mortes até 2050 (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

Os benefícios da cessação tabágica iniciam-se 20 minutos após o consumo do último cigarro, sendo que o risco de doença cardiovascular, respiratória e cancerígena vão diminuindo ao longo dos anos nos quais um fumador se abstém de fumar. Para além dos resultados em saúde, os ganhos económicos, sensoriais, estéticos e o aumento da autoestima resultam numa melhoria da qualidade de vida

do ex-fumador (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). No entanto, o carácter aditivo da nicotina, que se manifesta sob forma de dependência física e psicológica, torna-se o obstáculo mais importante a ser enfrentado pelo fumador no processo de cessação tabágica. A par da dependência na nicotina, a decisão do fumador em parar de fumar também abrange um leque de variáveis que se prendem com a perceção da vulnerabilidade e gravidade do comportamento e os benefícios e dificuldades relacionados com o processo de cessação tabágica (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

Hopkins *et al.* (2001) propuseram uma abordagem conceptual relativa à prevenção e controlo do comportamento tabágico. Nesta abordagem, os autores retratam a relação entre as categorias de intervenção na população fumadora e os resultados alcançados com essas intervenções, sendo que os objetivos desta abordagem de controlo e prevenção do comportamento tabágico prendem-se com o aumento do acesso a programas de cessação tabágica, a redução da exposição ao fumo ambiental e a redução da iniciação do comportamento tabágico, de acordo com a figura 1:

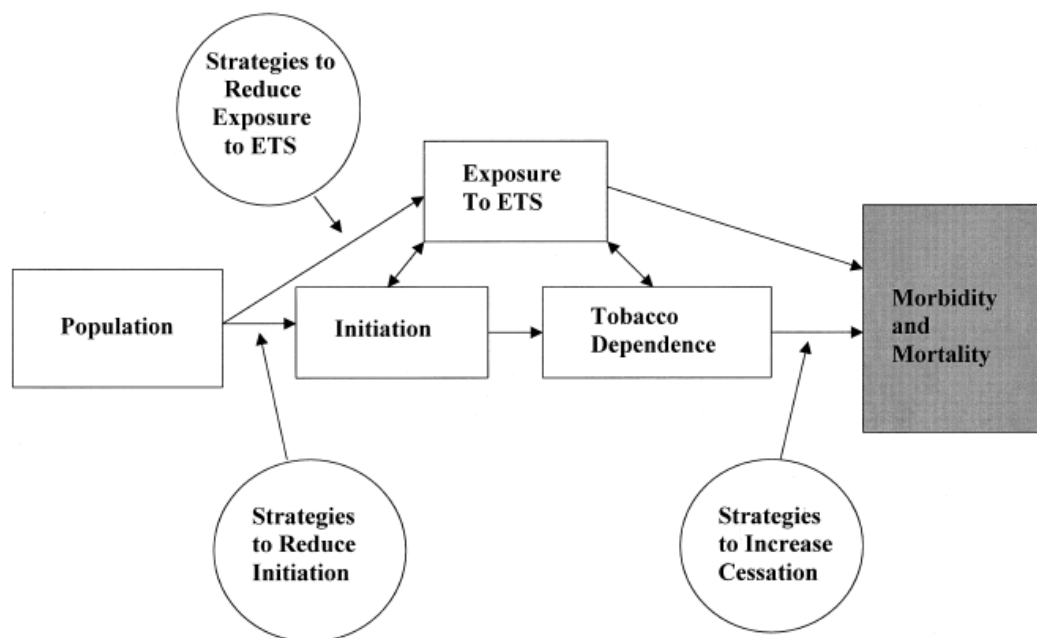


Figura 1: Abordagem conceptual relativa à prevenção e controlo do comportamento tabágico. Hopkins, *et al.*, 2001

Na abordagem conceptual dos autores supra mencionados, a interação entre os resultados conseguidos ganham um efeito sinérgico entre si pois com o aumento de pessoas a parar de fumar haverá uma redução do fumo ambiental, com consequente redução da exposição ao fumo do tabaco. Por outro lado, as estratégias de redução do fumo ambiental, no desenvolvimento de ambientes 100% livres de fumo do tabaco, também poderão contribuir para um aumento do abandono do tabagismo (Hopkins, *et al.*, 2001).

Por esta razão, concomitantemente com as intervenções centradas no indivíduo providenciadas pelos serviços de cessação tabágica, a promoção da cessação tabágica abrange igualmente estratégias de âmbito populacional que concorrem para a capacitação do indivíduo que deseje parar de fumar, tais como o aumento do preço e do imposto sobre o tabaco, proibição da publicidade e de ações de promoção e patrocínios providenciados pela indústria tabaqueira, informação e educação para a saúde no âmbito do tabagismo e o estabelecimento de espaços 100% livres de fumo (WHO, 2008). A Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, entre outras medidas, veio declarar a importância do desenvolvimento e implementação de programas destinados à promoção da cessação tabágica não só em instituições de saúde mas também em contextos educativos, desportivos e no local de trabalho (WHO, 2004).

1.5.1. A potencialidade da intervenção em cessação tabágica no local de trabalho

O local de trabalho apresenta-se como um contexto importante na promoção da cessação tabágica, abrangendo, em permanência, um grande número de pessoas. Por essa razão, o local de trabalho poderá apresentar um potencial de participação em programas de cessação tabágica mais elevado do que noutros contextos, uma vez que existe a oportunidade de abranger adultos jovens, que normalmente recorrem menos a instituições de saúde, a par de que garante um apoio social do grupo de pares e a possibilidade de ser proporcionada a disponibilização de tempo necessária, durante o horário laboral, para intervenções no âmbito da cessação tabágica. As equipas de Saúde Ocupacional poderão ser úteis no desenvolvimento e apoio a este tipo de intervenção (Cahill, Lancaster, 2014).

Os programas de controlo do tabagismo em contexto laboral requerem intervenções coordenadas aos níveis organizacional, interpessoal e individual, de forma a garantir a efetividade das estratégias delineadas.

Ao nível organizacional, a intervenção no contexto de trabalho deve envolver todos os intervenientes da organização – administração, chefias e trabalhadores – de forma a estabelecer políticas e estratégias organizacionais que respondam às necessidades e prioridades dos trabalhadores a respeito do comportamento face ao consumo de tabaco, garantindo a sua aplicabilidade e manutenção (Sorensen, 2001).

As políticas organizacionais deverão ser promotoras de um ambiente de trabalho saudável. Neste sentido, o estabelecimento de um ambiente de trabalho 100% livre de fumo é uma medida custo-efetiva que, para além dos benefícios alcançados a curto prazo, por eliminação do fumo do tabaco enquanto fator de risco ambiental, tem por objetivo primordial a promoção de uma mudança a nível social a longo prazo, “desnormalizando” o comportamento tabágico e, desta forma, promovendo, por si, a cessação tabágica (WHO, 2003). A revisão das características e organização do próprio trabalho também será importante na intervenção sobre o comportamento dos trabalhadores face ao consumo de tabaco, por motivos que serão analisados no capítulo 2 (Sorensen, 2001).

A nível interpessoal, a promoção do apoio entre pares, nomeadamente a formação de grupos de apoio à cessação tabágica, tem sido utilizada em programas de cessação tabágica no local de trabalho, de modo a difundir informação relevante no controlo do tabagismo, a apresentar testemunhos efetivos na mudança comportamental e, como acima referido, a desenvolver uma mudança ao nível social do comportamento face ao consumo de tabaco (Sorensen, 2001). A abordagem interventiva sobre o contexto social de onde o trabalhador é proveniente também deverá ser compreendida nos programas de cessação tabágica no local de trabalho (Sorensen, 2001).

A intervenção centrada no indivíduo deverá garantir a redução de barreiras estruturais ou de acesso do trabalhador a programa de cessação tabágica, o acesso ao tratamento farmacológico, o planeamento de intervenções

personalizadas a cada trabalhador de acordo com as suas características pessoais e do estadio de mudança comportamental onde se encontra, e a comunicação do risco específico que o tabaco representa para cada trabalhador (Sorensen, 2001). Numa revisão sistemática realizada por Cahill e Lancaster em 2014, foi encontrada uma forte evidência do efeito positivo da intervenção individual no âmbito da cessação tabágica em contexto de trabalho, com inclusão do aconselhamento em grupo, tratamento farmacológico bem como múltiplas intervenções centralizadas na cessação tabágica (Cahill, Lancaster, 2014). Nesta revisão sistemática, estas intervenções no local de trabalho revelaram efeitos semelhantes às intervenções facultadas noutros locais, nomeadamente em instituições de saúde (Cahill, Lancaster, 2014).

2. A interação entre o ambiente/condições no local de trabalho e o tabagismo

Nas últimas décadas, a globalização, a instabilidade económica, os avanços tecnológicos e a crescente competitividade têm provocado alterações profundas no ambiente e condições nos diversos locais de trabalho (Azagba, Sharaf, 2011).

Para lidar com estas modificações, tem-se verificado um alargamento do foco da investigação em Saúde Ocupacional, incidindo a sua atenção não apenas nos efeitos adversos na saúde provenientes dos fatores de risco físicos e químicos presentes no local de trabalho, mas também nos fatores de risco psicossociais (Siegrist, Rödel, 2006).

Os riscos psicossociais no local de trabalho são originados a partir de aspetos da conceção, organização e gestão do trabalho, bem como do contexto social onde este insere, os quais poderão provocar um impacto negativo na saúde do trabalhador, tanto a nível físico, psicológico e social (UE. EUROFOUND ; EU-OSHA, 2014). Um contexto adverso e promotor de riscos psicossociais no local de trabalho pode incluir aspetos tais como: carga de exigência/requisitos excessivos, um baixo controlo sobre as tarefas e falta de envolvimento na tomada de decisão, comunicação ineficaz, ambiguidade ou desadequação das exigências, falta de apoio social ou violência no trabalho, trabalho solitário, emprego inseguro ou com baixas possibilidades de desenvolvimento profissional, distribuição desadequada de promoções ou recompensas e dificuldade na gestão entre trabalho e vida familiar (UE. EU-OSHA, 2009; UE. EU-OSHA, 2013). Os fatores de risco psicossociais manifestam-se sob a forma de *stress* relacionado com o trabalho, vulnerabilidade na saúde física e mental, *burnout*, dificuldade de concentração, aumento da probabilidade de erro, adoção de estilos de vida pouco saudáveis e consumo de substâncias, tais como o tabaco (UE. EU-OSHA, 2013; Rugulies, Scherzer, Krause, 2008).

2.1. Ambientes de trabalho 100% livres de fumo

Em 2002, o fumo ambiental no local de trabalho foi a segunda causa de morte por exposição ao fumo do tabaco na União Europeia, resultando em 7300 mortes (UE. COMISSÃO EUROPEIA, 2013). A única intervenção que protege a população de forma efetiva dos prejuízos na saúde resultantes do fumo passivo é a proibição total de fumar em todos os locais fechados, nomeadamente nos locais de trabalho (WHO, 2008).

Quando se estabelece uma política Sem Fumo nos locais de trabalho, os benefícios não abrangem apenas os não fumadores, mas os fumadores também são estimulados a reduzir ou a cessar de fumar. Num estudo realizado pela tabaqueira *Phillip Morris*, em 1992, estimou-se uma redução no consumo total de tabaco na ordem dos 10% caso todos os locais de trabalho se assumissem como ambientes livres de fumo (Fichtenberg, Glantz, 2002). Segundo estimativas da OMS (WHO, 2009), a proibição total de consumo de tabaco nos locais de trabalho em países industrializados resultou numa redução do consumo de tabaco, em média, de 29% entre os trabalhadores, diminuindo, em média, 3,8% a prevalência de consumo de tabaco em trabalhadores (WHO, 2009). Estimou-se ainda que os trabalhadores que continuam a fumar reduzem o seu consumo diário para, em média, 4 cigarros por dia (WHO, 2009). A probabilidade de cessação tabágica entre os fumadores que se encontram em locais de trabalho livres de fumo aumenta para quase o dobro (WHO, 2009).

A Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, aprovada em Decreto-Lei 25-A/2005, de 8 de novembro, vem garantir o esforço internacional cooperativo para o direito de todos os cidadãos em usufruir do seu melhor nível de saúde. O compromisso assinado passa pela adoção de medidas que visam a redução da oferta e procura de tabaco e a proteção do meio ambiente (PORTUGAL. MS. DGS, 2013). Em Portugal, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, vem aplicar o disposto na Convenção, aprovando “normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo” (Lei 37/2007). De acordo com dados do relatório INFOTABAC (PORTUGAL. MS. DGS; PORTUGAL, MS. INSA, 2011), nos primeiros três anos de aplicação desta Lei foi

verificada uma alteração dos hábitos tabágicos dos fumadores, na redução do fumo ativo e da exposição ao fumo passivo. No entanto, segundo dados da Comissão Europeia (2013) a respeito da implementação de ambientes 100% livres de fumo, a par da Recomendação do Conselho de 30 de novembro de 2009, vem constatar-se que Portugal, em comparação com os restantes países da UE, tem necessidade de desenvolver mais eficientemente políticas de ambiente sem fumo em espaços fechados, inclusivamente nos locais de trabalho, conforme se constata na análise à figura 2 (UE. COMISSÃO EUROPEIA, 2013):

Legend:

- - Total ban on indoor smoking
- ⊙ - Ban on indoor smoking, while providing for separate enclosed smoking rooms / Obligation for employer to protect employees
- ⊕ - Partial ban on indoor smoking, e.g. smoking zones or exemptions for certain categories of venues
- X - Recommendations, suggestions, or no ban

	General Workplace	Enclosed Public Places	Restaurants	Bars	Health Care Facilities	Education Facilities	Public Transport	Hotels & Accommodation	Residential Care	Prisons
Austria ⁱ	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Belgium ⁱⁱ	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Bulgaria ⁱⁱⁱ	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Cyprus ^{iv}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	X	⊙
Czech Republic ^v	⊙	⊙	X	X	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Denmark ^{vi}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Estonia ^{vii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Finland ^{viii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
France ^{ix}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Germany ^x	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Greece ^{xi}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Hungary ^{xii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Ireland ^{xiii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Italy ^{xiv}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Latvia ^{xv}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Lithuania ^{xvi}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Luxembourg ^{xvii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Malta ^{xviii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Netherlands ^{xix}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Poland ^{xx}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Portugal ^{xxi}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Romania ^{xxii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Slovakia ^{xxiii}	⊙	⊙	⊙	X	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Slovenia ^{xxiv}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Spain ^{xxv}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Sweden ^{xxvi}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Unit. Kingdom ^{xxvii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Turkey ^{xxviii}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Former Yugoslav Republic of Macedonia	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Norway ^{xxix}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Serbia ^{xxx}	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Iceland	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Croatia	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

Figura 2: Overview of smoke-free legislation, UE. Comissão Europeia, 2013

2.2. A relação entre *stress* e o tabagismo

O *stress* é um problema comum transversal à sociedade contemporânea, sendo que, na Europa, o *stress* representa o segundo problema de saúde mais auto reportado pelos trabalhadores europeus (UE. EU-OSHA, 2013). Em 2005, 22% dos trabalhadores dos estados membros da União Europeia relataram situações de *stress* relacionado com o trabalho, fixando-se, nesse ano, um custo económico anual estimado na ordem dos 20,000 milhões de euros (UE. EU-OSHA, 2009). Ao longo dos anos, a investigação tem sido elucidativa acerca da influência do *stress* sobre o comportamento face ao consumo de substâncias, em particular face ao consumo de tabaco, bem como ao desenvolvimento e manutenção de dependência dessas substâncias (Childs, Wit, 2009; Kouvonen, et al., 2005).

A primeira pessoa a definir *stress* foi Hans Selye, em 1936. O considerado *Pai do Stress*, nessa altura, descreve-o como uma resposta neuroendocrina não específica do corpo (Szabo, Tache, Somogyi, 2012). No entanto, Selye apercebe-se que não se trata apenas de uma resposta neuroendocrina mas de todo o organismo (Szabo, Tache, Somogyi, A, 2012) a qualquer exigência, seja ela boa ou má (Ridner, 2004). Reformula, então, que o *stress* obedece à síndrome de adaptação geral, o qual envolve uma etiologia (causada por um fator de *stress* ou *stressor*), patogénese (adaptação do organismo ao *stressor*) e alterações anatómicas e patológicas (enquanto resposta) (Seyffarth, 1960). Entenda-se como *stressor* o fator ou agente que provoca o *stress*, podendo ser físico (calor/frio), químico (substâncias nocivas) ou psicológico (Szabo, Tache, Somogyi, 2012).

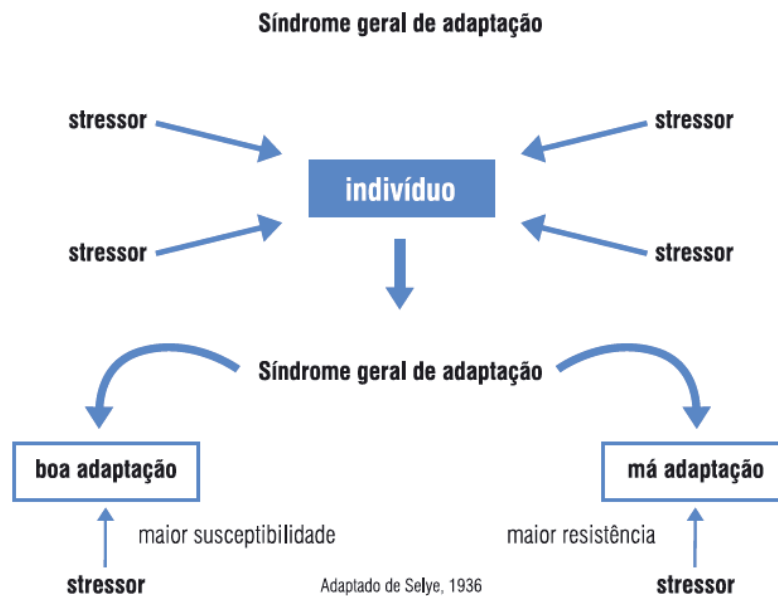


Figura 3: Síndrome geral de adaptação. Sacadura-Leite E.; Uva A. S., 2007

A resposta ao *stress* tem igualmente uma variabilidade individual, dependente da história pessoal e de fatores genéticos (Moisan, Moal, 2012).

O trabalho de Selye também foi elucidativo nos mecanismos biológicos envolvidos no *stress*, nomeadamente o papel do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal. Segundo Moisan e Moal (2012) perante um *stressor*, o complexo amigdalóide (localizado na porção medial do lobo temporal e que está relacionado com as emoções) vai estimular o hipotálamo a produzir uma hormona libertadora de corticotropina, a qual, ao agir sobre o locus coeruleus (localizado no tronco cerebral e envolvido nos circuitos neuroquímicos) provoca a síntese e a libertação de adrenalina e noradrenalina pela medula das glândulas suprarrenais, bem como de noradrenalina pelos terminais do sistema nervoso simpático. Por sua vez, é produzida arginina-vasopressina a qual estimula a síntese de glucocorticoides, que, juntamente com as catecolaminas, aumentam o tônus vascular, pressão arterial e frequência respiratória, originando a energia para fazer face ao *stressor*. A acetilcolina, serotonina e dopamina também são neurotransmissores libertados pelo mecanismo de *stress* (Moisan, Moal, 2012). Todo este mecanismo tem como finalidade a preparação do indivíduo para agir sobre o *stressor*, proporcionando uma melhor atenção, cognição e emoção, estimulação da atividade do sistema

nervoso central, cardiovascular, respiratória, metabólica e estimulação do cólon. Por sua vez, inibe certas atividades, das quais algumas provocam dispêndio de energia, como a digestão e o apetite, o crescimento, a reprodução, reações imunes e inflamatórias (Manso, 1997). O impacto que o *stressor* tem no indivíduo determina, portanto, a adaptação que ocorre face ao estímulo, podendo ocorrer uma resposta “adaptativa” ou “mal adaptativa”, isto é, “*eustress*” ou “*distress*” (Sacadura-Leite, Uva, 2006). Dependendo da configuração da resposta, o estímulo poderá representar uma consequência positiva para o indivíduo (*eustress*), aumentando as suas capacidades de resposta, ou potencialmente negativa para a sua saúde (*distress*) (Sacadura-Leite, Uva, 2006). O *distress* no trabalho é conotado de doença atribuível às condições de trabalho (UE. EU-OSHA, 2009).

A propósito do comportamento face ao consumo de tabaco, Kassel, Stroud e Paronis (2003) referenciam que situações de *distress* parecem influenciar a transição de um comportamento tabágico experimental para um tabagismo regular. Este facto pode ser devido à perceção geral de que o comportamento tabágico é associado ao alívio do *stress*. No entanto, se tal facto fosse verdade, então os fumadores deveriam sentir menos *stress* do que os não fumadores ou do que os ex-fumadores (Heishman, 1999). Com efeito, os estudos têm consecutivamente comprovado o contrário, tendo sido demonstrado que a dependência na nicotina é causadora de *stress* (Parrott, Murphy, 2012).

A nicotina e o *stress* atuam em vias neuronais semelhantes (Kassel, Stroud, Paronis, 2003). A resposta ao *stress* interferida pela nicotina tem origem no sistema noradrenérgico do locus coeruleus, provocando um estímulo psico-motor que resulta na diminuição do *stress* (Nunes, 2006). Contudo, e paradoxalmente, a nicotina pode provocar o prolongamento das respostas hormonais e cardiovasculares ao *stress*, bem como outras respostas atípicas em situação de *stress*, por interferir no eixo hipofisário-adrenal e na sua regulação da secreção de corticosteroides pela glândula adrenal (Childs, Wit, 2009; Heishman, 1999). Heishman (1999) relata que níveis elevados de corticosteroides resultam numa diminuição da sensibilidade à nicotina, provocando um aumento da intensidade tabágica em situações de *stress*, por forma a compensar essa diminuição de sensibilidade à substância psicoativa (Heishman, 1999; Childs, Wit, 2009). Por outro lado, existe interferência da nicotina sobre o sistema de recompensa

mesolímbico, promovendo, particularmente, a manutenção do comportamento enquanto recompensa face ao *stress* (Kassel, Stroud, Paronis, 2003). Para além dos anteriores, a abstinência tabágica pode ser considerada um *stressor* por si, sendo que, dessa forma, o fumador percebe o alívio dos sintomas de abstinência enquanto alívio de *stress* (Childs, Wit, 2009).

Aquando da cessação tabágica, estudos laboratoriais confirmaram que o *stress* provoca um aumento do *craving* e dos sintomas de abstinência, provocando uma recaída dos fumadores que tentam deixar de fumar (Kotlyar, 2011). Este facto poderá estar relacionado com a neuroadaptação que a nicotina provoca nos mecanismos de *stress*, deixando o fumador mais vulnerável aos stressores durante a cessação tabágica, uma vez que os efeitos negativos da abstinência também concorrem com os mecanismos disponíveis para regulação do *stress* (Wardle, Munafò, Wit, 2011).

Tendo em conta as relações anteriores, Schachter, Warburton e Parrott propuseram três modelos explicativos para a utilização da nicotina com o objetivo de diminuir do *stress*: Schachter referiu que o comportamento tabágico reduz o *stress* por reversão dos efeitos negativos da privação da nicotina; Warburton associou a utilização da nicotina como mecanismo de *coping* no enfrentamento de *stressores*; Parrott, por seu turno, contesta os dois modelos anteriores ao constatar que a cessação tabágica conduz a uma redução do sentimento de *stress* pelo indivíduo propondo que o tabaco é, por si, uma substância *stressora* (Parrott, 1995; Parrott, Murphy, 2012). O Paradoxo de Nerbitt (Kassel, Stroud, Paronis, 2003) é refletor de todas estas relações: *The physiological and psychological effects of smoking a cigarette are seemingly in contradiction to each other. When smokers smoke, their level of physiological arousal goes up, while they report themselves as calmer and more relaxed* (cite Kassel, Stroud, Paronis, 2003).

2.3. A influência do *stress* relacionado com o trabalho no comportamento face ao consumo de tabaco

Conforme anteriormente retratado, o *stress* relacionado com o trabalho é uma resposta do organismo do trabalhador quando as condições de trabalho excedem a sua capacidade de resposta (UE. EU-OSHA, 2009).

Ayyagari e Sindelar (2009) relatam que existem duas formas pelas quais o *stress* relacionado com o trabalho pode ser associado ao comportamento tabágico. Por um lado, o trabalhador “automedica-se” com o tabaco para fazer face às alterações fisiológicas e patológicas provocadas pelo *stress* relacionado com o trabalho. Por outro lado, o prazer compensatório do tabaco em situação de *stress* reduz o seu autocontrolo para se abster de fumar (Ayyagari, Sindelar, 2009). Desta forma, o contexto de trabalho pode influenciar o fumador quanto à sua intensidade tabágica, à probabilidade de cessação e à probabilidade de recaída após tentativa de cessação (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006).

Partindo da revisão bibliográfica efetuada, grande parte da investigação efetuada sobre a influência do *stress* relacionado com o trabalho e o comportamento face ao consumo de tabaco baseia-se no modelo de *strain* no trabalho, proposto por Karasek, em 1979. Este modelo define que um nível de *strain* elevado, resultado da interação entre altos requisitos/exigências do trabalho e baixa autoridade decisória, representa um risco acrescido na saúde do trabalhador (Azagba, Sharaf, 2011; Kouvonen, *et al.*, 2005).

A associação entre *stress* relacionado com o trabalho e/ou *strain* com o comportamento tabágico tem resultado em evidência empírica inconclusiva, com resultados mistos que variam entre associações positivas, negativas ou nulas (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012). Em alguns estudos, a intensidade tabágica associa-se com alta exigência no trabalho, com baixo controlo sobre o trabalho e com *strain*, enquanto noutros estudos não foi encontrada associação a estes fatores (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012).

Kouvonen *et al.* (2005), num estudo com 46 190 trabalhadores, utilizando os modelos *strain no trabalho* e *desequilíbrio esforço-recompensa*, reportaram que existem mais fumadores entre os trabalhadores que reportam *stress* relacionado com o trabalho elevado do que entre trabalhadores sujeitos a um *stress* no trabalho baixo. Neste mesmo estudo, o *stress* relacionado com o trabalho foi também associado a uma maior intensidade no consumo de tabaco, influenciando o número de cigarros consumidos bem como a manutenção dos hábitos tabágicos (Kouvonen, *et al.*, 2005).

Numa meta-análise de 166 130 adultos em 15 estudos europeus, Heikkilä *et al.* (2012) constataram que os fumadores têm, em média, 11% maior probabilidade de reportarem *strain* relacionado com o trabalho. Foi encontrado que os fumadores fumam uma média de 102 cigarros por semana, sendo que aqueles que reportam *strain* no trabalho fumam, em média, mais 3 cigarros por semana (Heikkilä, *et al.*, 2012). Segundo Azagba e Sharaf (2011) a maior intensidade tabágica poderá estar relacionada não só com o aumento do número de cigarros consumidos mas também com um aumento do número de aspirações durante o consumo da substância, aspirações mais longas ou através do bloqueio dos orifícios de ventilação do filtro do cigarro. Por este facto, os autores concluem que os fumadores em *strain* no trabalho têm um risco ligeiramente maior de doenças associadas ao tabagismo pela sua maior intensidade tabágica, necessitando de um maior apoio para a cessação tabágica (Heikkilä, *et al.*, 2012).

Na revisão sistemática de Albertsen, Borg, V. e Oldenburg (2006), sobre o impacto do contexto de trabalho na quantidade de cigarros fumada, cessação tabágica e recaídas, concluiu-se que as exigências elevadas no trabalho e um elevado número de horas de trabalho estavam associadas a um aumento do consumo de tabaco, havendo evidência insuficiente sobre efeito da autoridade decisória e no apoio social na quantidade de cigarros fumada. O aumento da intensidade no consumo de tabaco em trabalhadores que trabalham um longo período de horas de trabalho também foi uma evidência encontrada no estudo de 2014 de Angrave, Charlwood e Wooden. Na população portuguesa, Balsa, Vital e Urbano (2014) reportaram diferenças na prevalência de consumo de tabaco entre a população fumadora que trabalha menos de 40 horas semanais e 40 horas semanais, existindo um aumento na prevalência do consumo na população que trabalhava 40

horas por semana (respetivamente 35,3% e 38% no sexo masculino e 15,1% e 20,8% para o sexo feminino). Quando comparada a população que trabalhava 40 horas semanais com a população que trabalhava mais de 40 horas semanais, verificou-se um aumento na prevalência de consumo de tabaco nas mulheres que trabalhavam mais de 40 horas (20,8% e 24,8% respetivamente) mas, no caso dos homens verificou-se uma diminuição dessa prevalência (38% e 33,6% respetivamente) (Balsa, Vital, Urbano, 2014). A respeito da quantidade de cigarros fumada, Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) relataram ainda a existência de uma associação positiva entre essa quantidade e o ruído industrial.

Quanto à cessação tabágica, Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) encontraram que exigências elevadas no trabalho eram preditivas de cessação, indo ao encontro da hipótese colocada por Chan e Heaney (1997). Foi relatado pelos primeiros autores que, num estudo com um *follow-up* de 15 anos, o controlo sobre o trabalho era preditivo face à cessação tabágica, assim como foi preditivo de cessação tabágica um nível médio de responsabilidade, segundo um outro estudo com um *follow-up* de 5 anos (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). Num estudo de 2003, Albertsen *et al.* encontraram associações positivas entre os fatores idade, exigências físicas, volume de trabalho, responsabilidade, ruído e grandes fumadores, e a cessação tabágica após 5 anos. Neste estudo, Albertsen *et al.* (2003) constataram que a probabilidade de cessação tabágica seria mais baixa nos grandes fumadores, em grupos com idades compreendidas entre 30 e 49 anos, em trabalhadores expostos a ruídos por períodos moderados e em trabalhadores com elevadas exigências físicas no trabalho (Albertsen, *et al.*, 2003). Na revisão de 2006 de Albertsen, Borg e Oldenburg, verificou-se que a presença de recursos no trabalho aumentava gradualmente os recursos pessoais do trabalhador, aumentando igualmente a probabilidade de cessação tabágica, ainda que este processo levasse algum tempo até alcançar resultados positivos (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006).

A respeito da recaída, Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) reportaram que as exigências elevadas no trabalho, o volume de trabalho, a ambiguidade no papel do trabalhador, as responsabilidades elevadas, as longas horas de trabalho e os conflitos, aumentavam a sua probabilidade. A presença de colegas fumadores foi preditiva de recaída após 12 meses, assim como a recaída após 3 a 6 meses foi igualmente predita para trabalhadores com baixo suporte social e com um fraco

apoio na manutenção da abstinência por parte de família e amigos (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006). No estudo realizado por Angrave, Charlwood e Wooden (2014) relatou-se que um longo período de horas de trabalho tendeu a reduzir as possibilidades de cessação tabágica e aumentar as recaídas, sendo que esta causalidade é mais pronunciada em trabalhadores que trabalhavam 50 horas ou mais por semana.

John *et al.* (2006) e Perdikaris *et al.* (2010) documentaram ainda uma associação entre *strain* no trabalho, exigência no trabalho e dependência nicotínica autoreportada.

2.4. Stress relacionado com o trabalho e cessação tabágica

Como acima descrito, o trabalhador em *stress* relacionado com o trabalho utiliza o tabaco como mecanismo de *coping* face ao mesmo, revelando, desta forma, para além da dependência física, uma dependência comportamental (Chan, Heaney, 1997). Para além disso, a abstinência tabágica provoca uma sintomatologia que, por ela própria, é causadora de *stress* no trabalhador (Chan, Heaney, 1997).

Os sintomas de abstinência tabágica iniciam-se entre 2 a 12 horas após o último cigarro, sendo particularmente pronunciados nas 24 a 48 horas de abstinência, provocando, entre outros sintomas, irritabilidade, ansiedade, depressão, mal-estar físico, cefaleias e alterações do sono (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). O quadro de abstinência pode ser exacerbado caso os trabalhadores estejam sob *stress* relacionado com o trabalho, comprometendo, desta forma, a sua força de vontade para a cessação tabágica (Ayyagari, Sindelar, 2009).

Considera-se, assim, o local de trabalho, ou mais precisamente os *stressores* no local de trabalho, como determinantes para a cessação tabágica do trabalhador, podendo a abstinência tabágica ser comprometida tanto pela presença de fatores de risco psicossociais, como pela influência de pares, uma vez que, a presença de colegas que fumadores contraria a cessação tabágica (Albertsen, Borg, Oldenburg, 2006).

Face ao anterior, Chan e Heaney (1997) colocam outra hipótese concorrente, propondo que os fumadores que se encontram sob maior *stress* relacionado com o trabalho poderão estar mais dispostos a participar em programas de cessação tabágica. Segundo os autores, esta mudança de atitude face ao consumo de tabaco apenas poderá ocorrer quando o trabalhador possui um amplo conhecimento e compreensão acerca dos malefícios na saúde resultantes da utilização do tabaco enquanto mecanismo de *coping* adotado em situações de *stress*, particularmente dos prejuízos do aumento da sua intensidade de consumo de tabaco (Chan, Heaney, 1997). Neste cenário, o trabalhador torna o seu consumo de tabaco foco de atenção, conduzindo-o a uma insatisfação perante o seu comportamento tabágico pelo reconhecimento dos malefícios que este tipo de compensação face a situação de *stress* comporta para a sua saúde (Chan, Heaney, 1997). Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) relatam que exigências moderadas no local de trabalho poderão ser benéficas na cessação tabágica, enquanto exigências demasiado elevadas ou o *stress* elevado poderão ser causadores de recaídas.

Apesar da evidência científica ter resultados mistos, tem-se constatado que, de facto, o contexto de trabalho, mais especificamente os fatores de risco psicossociais e o *stress* relacionado com o trabalho, influencia o comportamento face ao consumo de tabaco, abrindo uma janela de oportunidade para explorar mais aprofundadamente essa relação a fim de serem delineadas estratégias eficazes de prevenção e controlo do tabagismo no local de trabalho.

PARTE 2

ESTUDO EXPLORATÓRIO

1. Definição da problemática

Atualmente, o setor do comércio e serviços é o mais predominante no que respeita à atividade económica das empresas portuguesas (PORTUGAL. INE, 2014a), sendo, também, o setor que detém o maior número de trabalhadores em Portugal (PORTUGAL. INE, 2014b). Neste setor, a prevalência de fumadores encontrava-se na ordem dos 37% em 2012 (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Num cenário de intensa competitividade entre empresas, num mercado que poderá caracterizar-se pela diminuição da fidelização dos clientes e sob constante pressão sobre o valor de produto, o vendedor assume um papel primordial no que respeita à geração de valor por parte de uma organização (Wetzels, Ruyter, Bloemer, 2000). Uma organização depende, portanto, da *performance* do vendedor para garantir a qualidade do serviço prestado ao cliente, levando a que este trabalhador tenha de fazer face às necessidades e desejos do cliente enquanto gere igualmente as exigências do seu superior hierárquico e da própria empresa (Wetzels, Ruyter, Bloemer, 2000).

As exigências no trabalho do vendedor poderão levar ao chamado *role stress*, caracterizado pela ambiguidade e pelo conflito de papéis. O conflito de papéis surge quando existem diferentes expectativas/pressões das várias partes interessadas no negócio (clientes, supervisores, parceiros) às quais o vendedor terá de fazer frente. A ambiguidade de papéis acontece quando o vendedor não tem acesso à informação necessária/suficiente no que respeita ao desempenho esperado por parte da organização (Wetzels, Ruyter, Bloemer, 2000).

Desta forma, o vendedor poderá encontrar-se exposto a riscos psicossociais no desempenho do seu papel, riscos que poderão potenciar o uso de substâncias psicoativas enquanto mecanismo de *coping* face ao *stress*, tais como o tabaco. No entanto, algumas características organizacionais e sociais poderão emergir como fatores protetores face à utilização do tabaco na gestão do *stress* relacionado com o trabalho, nomeadamente a importância de manter uma boa aparência e cheiro agradável no contacto com o cliente, o preço do tabaco, a proibição de fumar nos locais de trabalho, inclusivamente em viaturas de serviço, o acesso e utilização de terapêutica de substituição de nicotina e a autonomia na execução de tarefas e

gestão de tempo, permitindo a possibilidade de usufruir de alternativas saudáveis para gestão de *stress*.

2. Objetivos e pergunta de investigação

Conforme descrito no enquadramento teórico, a influência do contexto laboral no comportamento face ao consumo de tabaco foi alvo de diversos estudos com resultados mistos, revelando uma evidência empírica inconclusiva (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012). Os fatores de *stress* relacionado com o trabalho encontrados na revisão bibliográfica enquanto influenciadores do comportamento face ao consumo de tabaco foram os requisitos/exigências no trabalho, o controlo sobre o trabalho, a autoridade decisória, o apoio social, a satisfação com o trabalho, o elevado número de horas de trabalho e o ruído industrial. Na revisão bibliográfica realizada, estes fatores influenciaram a intensidade tabágica, a manutenção do hábito tabágico e a cessação tabágica nos trabalhadores.

O Objetivo Geral do presente estudo exploratório foi verificar a existência de associação entre algum dos fatores de *stress* no trabalho, nomeadamente 1) *requisitos no trabalho*, 2) *autoridade decisória*, 3) *discriminação de tarefas*, 4) *condições de emprego*, 5) *apoio das chefias*, 6) número de horas de trabalho e 7) satisfação com o trabalho; com a motivação para a cessação tabágica, numa amostra de vendedores de bens de consumo alimentar, fumadores, de acordo com o seguinte esquema:

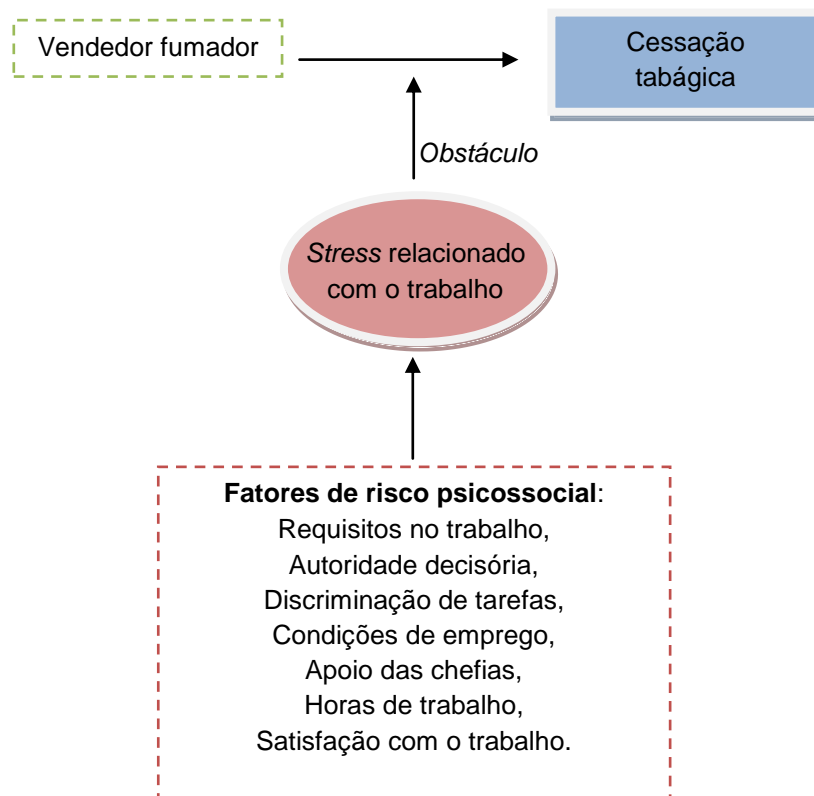


Figura 4: Esquema do estudo exploratório

Tendo por base o esquema anterior, colocou-se a principal pergunta de investigação:

- Existe uma associação entre algum fator de risco psicossocial em estudo e a motivação para a cessação tabágica?

Enquanto objetivos operacionais procurou-se:

- Caracterizar dados demográficos, o estado de saúde autopercebido e presença de doenças crónicas e o consumo de bebidas alcoólicas na amostra;
- Caracterizar o comportamento face ao consumo de tabaco na amostra;
- Caracterizar dados da atividade profissional e satisfação com o trabalho na amostra;

- Identificar a autopercepção de *stress* extra-organizacional e medição dos fatores de *stress* no trabalho, através dos totais relativos aos *requisitos do trabalho*, *autoridade decisória*, *discriminação de tarefas*, *condições de trabalho* e o *apoio dos chefes e colegas* (itens do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* [U.E. EUROFOUND, 1995]);
- Medir a associação entre as covariáveis independentes:
 - 1) Idade;
 - 2) Escolaridade;
 - 3) Presença ou ausência de doença crónica;
 - 4) Nº de anos de consumo de tabaco;
 - 5) Intensidade tabágica;
 - 6) Perceção de risco do consumo atual de tabaco para a saúde no futuro;
 - 7) Tentativas prévias de cessação tabágica
 - 8) Autopercepção de *stress* extra-organizacional;
 - 9) Possibilidade de utilizar o tabaco como forma de relaxar quando em situações de maior stress,com o valor total do Teste de Richmond na amostra de vendedores, através do teste de independência do Qui-quadrado (χ^2) e coeficiente de Correlação Ró de Spearman;
- Medir a associação e correlação entre os fatores de *stress* no trabalho, nomeadamente:
 - 1) total relativo aos *requisitos do trabalho*;
 - 2) total relativo à *autoridade decisória*;
 - 3) total relativo à *discriminação de tarefas*;
 - 4) total relativo às *condições de trabalho*;

5) total relativo ao *apoio dos chefes e colegas*

6) satisfação com o trabalho;

7) horas de trabalho,

com o valor total do *Teste de Richmond* na amostra de vendedores, através de cruzamentos das variáveis independentes com a variável dependente, teste de independência do Qui-quadrado (χ^2), *Odds Ratio* e Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

3. Material e Métodos

3.1. Delineamento do estudo

O presente estudo exploratório assumiu uma natureza observacional, transversal, descritivo, com componente analítica.

3.2. Operacionalização do estudo

O presente estudo exploratório obedeceu a três etapas constituídas por diferentes atividades fundamentais à prossecução dos objetivos definidos.

Numa primeira etapa, de planeamento do estudo, foi identificado o problema de saúde pública, o tabagismo, cuja maior prevalência se encontra na população em idade ativa. Sendo o *stress* relacionado com o trabalho atualmente descrito como o segundo problema de saúde mais auto reportado pelos trabalhadores europeus (UE. EU-OSHA, 2013), procurou-se compreender, através da revisão bibliográfica efetuada, qual o seu impacto enquanto fator influenciador do comportamento tabágico da população ativa. Após o estudo do estado da arte, foram definidas população-alvo, pergunta de investigação e objetivos do estudo exploratório.

Numa segunda etapa, respetiva à execução do estudo exploratório, foram definidas duas fases. Numa primeira fase de delineamento da metodologia a ser

utilizada para cumprir os objetivos definidos, foram selecionadas as escalas a utilizar, *Teste de Richmond* (Richmond, Kehoe, Webster, 1993, adapt. Balsa, Vital, Urbano, 2014) e *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995), bem como foi solicitada uma autorização dos respetivos autores para a sua aplicação no presente estudo exploratório (anexo 1). Após receção das autorizações, foi construído o instrumento de colheita de dados (apêndice 1). Numa segunda fase foi selecionado o contexto para realização do estudo exploratório, seleção essa que foi feita por conveniência, pela facilidade de acesso a uma amostra da população-alvo definida para o presente estudo exploratório. Aquando a seleção da Empresa X enquanto contexto para o presente estudo, foi agendada uma reunião com a administração para apresentação do estudo exploratório e solicitada autorização para a sua execução. Foi, de seguida, enviada a informação sobre o estudo exploratório às chefias, junto de um pedido de colaboração para a sua aplicação no terreno. Com essa colaboração por parte das chefias, foi feita a aplicação do inquérito no local de trabalho.

Na terceira etapa foi feita uma análise e discussão dos resultados obtidos através do inquérito realizado, de onde emergiram as principais conclusões do presente estudo exploratório. A operacionalização do presente estudo exploratório obedeceu ao seguinte esquema:

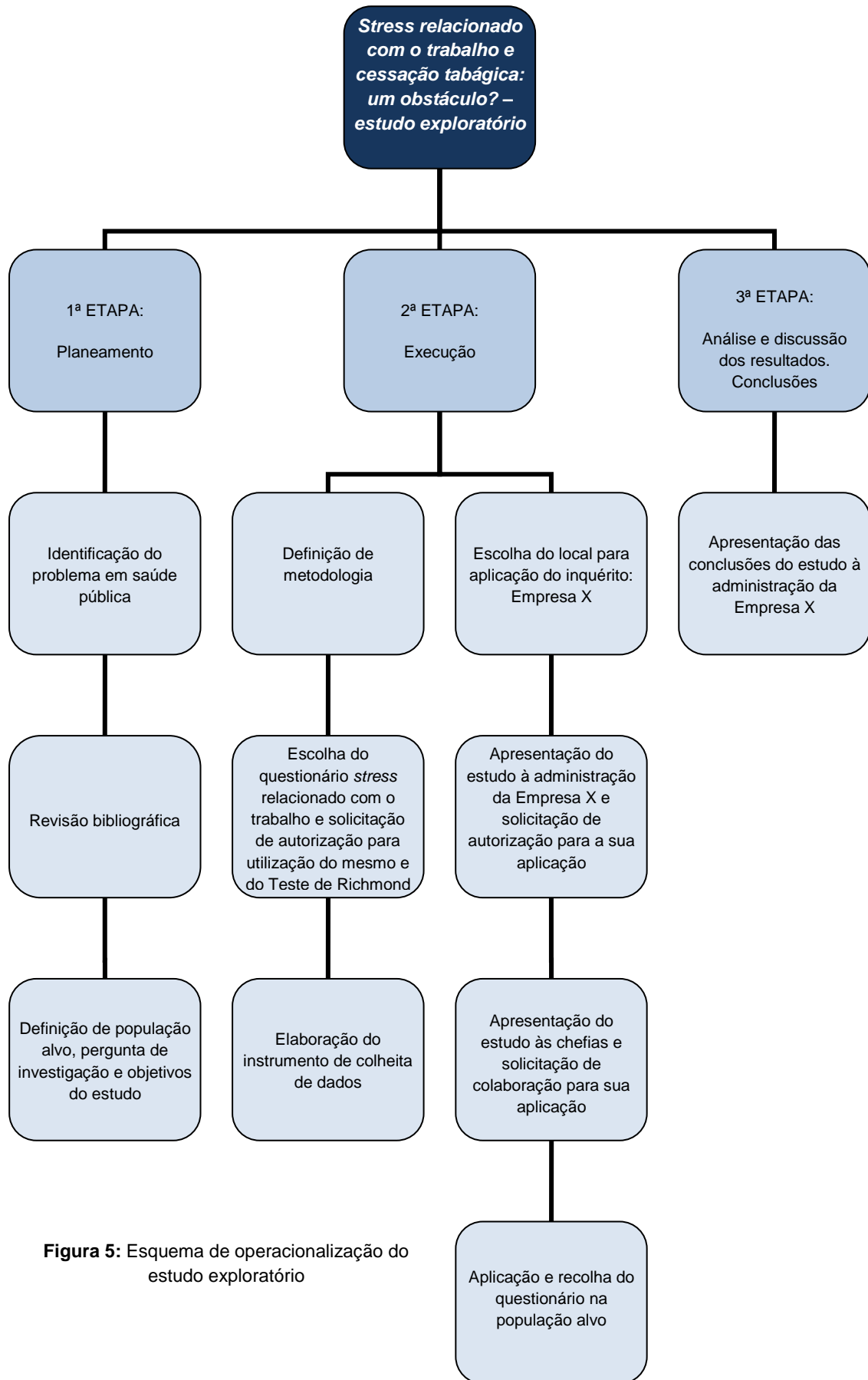


Figura 5: Esquema de operacionalização do estudo exploratório

As três etapas previstas para a operacionalização do estudo foram planeadas de acordo com o seguinte cronograma:

Atividade		Out. 2014	Nov. 2014	Dez. 2014	Jan. 2015	Fev. 2015
1ª ETAPA	Identificação do problema em Saúde Pública e revisão bibliográfica					
	Definição da população-alvo, pergunta de investigação e objetivos do estudo					
2ª ETAPA	Definição de metodologia					
	Escolha do questionário <i>stress</i> relacionado com o trabalho e solicitação de autorização para utilização do mesmo e do <i>Teste de Richmond</i>					
	Elaboração do instrumento de colheita de dados					
	Escolha do local para aplicação do inquérito: Empresa X					
	Apresentação do estudo à administração da Empresa X e solicitação de autorização para a sua aplicação					
	Apresentação do estudo às chefias e solicitação de colaboração para sua aplicação					
	Aplicação e recolha do questionário na população alvo					

Quadro 1: Cronograma do estudo exploratório

Atividade		Mar. 2015	Abr. 2015	Mai. 2015	Jun. 2015	Out. 2015
3ª ETAPA	Tratamento, análise e discussão dos resultados. Conclusões					
	Apresentação das conclusões do estudo à administração da Empresa X					

Quadro 1 (cont.): Cronograma do estudo exploratório

3.3. População e amostra em estudo

A população abrangida pelo presente estudo exploratório foram vendedores de bens de consumo alimentar, fumadores, do sexo masculino. Para tal, obteve-se uma amostra não probabilística (de conveniência), pela Empresa X (empresa de produção, comércio e distribuição de bens alimentares), cujos trabalhadores se encontram distribuídos pelo território continental português. Tendo em conta que a Empresa X não possuía dados quanto a hábitos tabágicos dos vendedores, procurou-se abranger 5 vendedores fumadores das várias localizações geográficas onde a Empresa X se encontra representada.

Na obtenção da amostra do presente estudo exploratório optou-se por incluir apenas vendedores do sexo masculino, pois, foi reportado pela administração da Empresa X, que a maioria dos trabalhadores com a função de vendas de bens de consumo alimentar são do sexo masculino, tendo-se considerado não haver suficiente representatividade do sexo feminino em exercício da referida função e com a condição de ser fumadora.

3.4. Método de recolha de informação

A colheita de dados para o presente estudo exploratório foi realizada por meio de um questionário, de autopreenchimento e resposta anónima, construído com base

em resultados da revisão de literatura efetuada (Heikkilä *et al.*, 2012; Rugulies, Scherzer, Krause, 2008; Chan, Heaney, 1997).

Após autorização da administração da Empresa X para realização do estudo exploratório nos moldes apresentados, foi efetuado o envio dos questionários em envelopes abertos, por correio interno da Empresa, para as diferentes localizações geográficas onde a Empresa X se encontra representada. Cada questionário foi acompanhado de uma carta de apresentação, assinada pela autora e pela docente orientadora do presente trabalho, Professora Doutora Emília Nunes, conforme apêndice 2.

Nas diferentes localizações onde a Empresa X se encontra representada, uma funcionária administrativa ficou responsável pela entrega em mão do envelope a cada vendedor fumador que concordasse em participar no estudo. Cada participante recebeu instruções para, após preenchimento do questionário, o mesmo fosse colocado dentro do envelope e encerrado, de forma a garantir a confidencialidade das suas respostas. Em cada localização, os envelopes foram devolvidos à funcionária administrativa, que posteriormente os enviou para Lisboa, ao cuidado da autora.

A recolha de dados realizou-se entre a última quinzena de Fevereiro e o final do mês de Março 2015.

3.5. Instrumento de colheita de dados

O questionário integrou 23 perguntas, das quais 9 são de tipo fechado, 6 de tipo aberto, 4 de tipo visual analógico, 3 que se desdobraram em itens de resposta de tipo aberto e 1 desdobrou-se em 38 itens de resposta de tipo fechado.

Em relação ao seu conteúdo, o questionário apresentou, primeiramente, questões relacionadas com a caracterização demográfica, perceção do estado de saúde e presença de doenças crónicas. De seguida, prosseguiu para questões relativas a características do comportamento tabágico, tais como duração do hábito tabágico, intensidade, necessidade de fumar nos primeiros 30 minutos após acordar, autoperceção dos malefícios do tabaco na saúde futura, existência ou não de

tentativas prévias para deixar de fumar e o seu motivo. A motivação para a cessação tabágica foi medida através do *Teste de Richmond* (Richmond, Kehoe, Webster, 1993), na versão portuguesa utilizada por Balsa, Vital e Urbano (2014). no *III Inquérito Nacional ao Consumo de Sustâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012* (2014). Este Teste esteve presente em 4 questões do questionário. A utilização do *Teste de Richmond* foi autorizada pela autora da versão original (1993), R. Richmond, tendo a versão portuguesa sido gentilmente cedida pelo Professor Doutor Casimiro Balsa (ver anexo 1).

O consumo de álcool foi igualmente questionado no presente inquérito, uma vez que o consumo de tabaco e o consumo de álcool ocorrem muitas vezes em simultâneo. No questionário, definiu-se “copo” enquanto bebida padrão, contendo 10 g de álcool por volume de bebida alcoólica. Estudos evidenciam que, em sociedades industrialmente desenvolvidas, os fumadores têm uma maior probabilidade de serem igualmente consumidores de álcool, assim como os consumidores de álcool também apresentam uma maior probabilidade de serem fumadores do que a população que não é consumidora de bebidas alcoólicas (Room, 2004). Existe ainda evidência que, na população adulta, fumar é mais preditivo de ocorrer concomitantemente com o consumo de álcool do que o inverso (Room, 2004).

Questionou-se, de seguida, o nível de *stress* autopercecionado no dia-a-dia e a possibilidade de uso do tabaco para relaxar, efetuando-se essa medição através de uma escala de tipo visual analógico. Na abordagem do *stress* no dia-a-dia procurou-se abranger os fatores de *stress* extra-organizacionais que influenciam o fumador, tais como as características da personalidade do fumador, vida social e familiar, condições económicas, condições residenciais, estatuto social, entre outros (Noriega, s.d.).

Após a medição supra mencionada, foram feitas questões relativas à caracterização profissional, questionando-se o tempo de trabalho na Empresa X, o tempo de trabalho na atual função e o número médio de horas de trabalho por dia. Utilizou-se uma escala de tipo visual analógico para a indicação de satisfação com a situação de trabalho, seguida do *Questionário Sobre Stress no Local de Trabalho*

(UE. EUROFOUND, 1995), versão portuguesa, autorizada pela EUROFOUND para uso no presente estudo (ver anexo 1).

3.6. Definição e operacionalização das variáveis em estudo

A partir da aplicação do instrumento de colheita de dados resultaram variáveis incluídas nas seguintes categorias de caracterização: demográfica, estado de saúde autopercecionado e presença ou ausência de doenças crónica, consumo de álcool, comportamento face ao consumo de tabaco, caracterização profissional, identificação de *stress* extra-organizacional autopercecionado e fatores de *stress* no trabalho. A operacionalização destas variáveis prendeu-se com o alcance dos objetivos operacionais propostos para o presente estudo, pelo que algumas dessas variáveis foram transformadas em novas variáveis, por agregação ou composição, de forma a permitir a análise estatística pretendida.

3.6.1. Caracterização demográfica, estado de saúde autopercecionado e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas

Segue-se a descrição das variáveis de caracterização demográfica, estado de saúde autopercecionado e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas, as quais foram consideradas variáveis independentes:

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização demográfica (1)	Idade	Contínua	Número (anos)	P.1
	Grupo etário	Ordinal	20-30; 31-30; 41-50; ≥ 51	A partir da P.1
	Escolaridade (1)	Ordinal	< 9 anos de escolaridade; 9º ano; 12º ano ou equivalente; bacharelato ou equivalente; licenciatura; mestrado/doutoramento	P. 2

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização demográfica (2)	Escolaridade (2)	Variável composta binária	Escolaridade completa inferior ou igual a 9 anos = 0 Escolaridade completa superior ou igual a 12 anos = 1	P. 2
	Estado civil	Nominal	Solteiro; casado, junto ou em união de fato; separado ou divorciado; viúvo	P. 3
Caracterização do estado de saúde autopercecionado e presença ou ausência de doenças crônicas	Autopercepção do estado de saúde	Ordinal	Muito bom; bom; razoável; mau; muito mau	P. 4
	Presença de doenças crônicas	Nominal binária	Sim = 1; não = 2	P. 5
	Nomeação das doenças crônicas quando presentes	Nominal	Resposta aberta (agrupamento por categorias de acordo com a etiologia da doença)	P. 5
Caracterização do consumo de bebidas alcoólicas	Frequência de consumo	Ordinal	Nunca; uma vez por mês ou menos; duas a quatro vezes por mês; duas a três vezes por semana; quatro ou mais vezes por semana	P. 17
	Quantidade consumida num dia normal de trabalho	Contínua	Número (copos)	P. 18.1
	Quantidade consumida num dia normal de fim-de-semana	Contínua	Número (copos)	P. 18.2

Quadro 2: Descrição das variáveis de caracterização demográfica, estado de saúde autopercecionado e presença de doenças crônica e consumo de bebidas alcoólicas

3.6.2. Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco

Na caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco surge a variável dependente em estudo – o resultado total do *Teste de Richmond* – resultante da soma dos resultados das quatro questões que constituem o *Teste de Richmond* (P. 11, P. 12, P. 13, P. 14). Foi ainda construída uma variável composta binária a partir dos resultados totais do *Teste de Richmond*, obtendo-se, por um lado, o grupo que apresentou motivação baixa para a cessação tabágica e, por outro lado, o grupo que apresentou uma motivação moderada e elevada para deixar de fumar.

A criação de variáveis compostas binárias também foi realizada para as variáveis independentes: duração (anos) do consumo de tabaco, quantidade diária de cigarros consumidos, autoperceção de prejuízo do consumo atual para a saúde no futuro e possibilidade de utilizar o tabaco para relaxar quando em maior *stress*. Nestas variáveis independentes, o ponto de corte para a criação dos dois grupos foi a média da amostra.

Na caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco foram questionadas, em perguntas de resposta aberta, as razões pelas quais os fumadores recaíram em tentativas prévias de cessação tabágica e as razões pelas quais alguns fumadores da amostra nunca tentaram deixar de fumar. No tratamento destes dados, realizou-se, primeiramente uma reunião de todas as respostas efetuadas, descontaram-se as palavras idênticas, sinónimas ou próximas a nível semântico e, de seguida, agruparam-se as palavras por categorias (Bardin, 1979).

Segue-se a descrição das variáveis de caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco:

Áreas	Nome e tipo de variável	Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco (1)	Duração (anos) do consumo	Contínua Variável composta binária	Número (anos) Duração do consumo inferior ou igual à média = 0 Duração do consumo superior à média = 1 P. 6 Idem
	Quantidade consumida	Ordinal Variável composta binária	Nº cigarros; nº cigarrilhas; nº charutos; nº outro tipo de tabaco Consumo inferior ou igual à média = 0 Consumo superior à média = 1 P. 7 Idem
	Fuma nos 1 ^{os} 30 minutos após acordar	Nominal binária	Sim = 1; não = 2 P. 8
	Autoperceção de prejuízo do consumo atual para a saúde no futuro	Ordinal Variável composta binária	Escala visual analógica Tercis dos totais: - Pouco prejuízo - Prejuízo moderado - Muito prejuízo Prejuízo autopercecionado inferior ou igual à média = 0 Prejuízo autopercecionado superior à média = 1 P. 9 Idem
	Tentativas de cessação	Nominal binária	Sim = 0; não = 1 P. 10
	Razões para recaída	Nominal	Resposta aberta (agrupamento por categorias) P. 10.1.1
	Razões para nunca ter parado	Nominal	Resposta aberta (agrupamento por categorias) P. 10.2.1

Áreas	Nome e tipo de variável	Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco (2)	Interesse em deixar de fumar se pudesse fazer com facilidade (Teste de Richmond)	Nominal binária	Sim = 1; não = 0 P. 11
	Interesse em deixar de fumar (Teste de Richmond)	Ordinal	Não tenho interesse; ligeiro; moderado; intenso P. 12
	Tentativa para deixar de fumar em 2 semanas (Teste de Richmond)	Ordinal	Não de certeza; talvez não; talvez sim; sim de certeza P. 13
	Possibilidade de deixar de fumar em 6 meses (Teste de Richmond)	Ordinal	Não de certeza; talvez não; talvez sim; sim de certeza P. 14
	Total Teste de Richmond	Ordinal Variável composta binária	Total de 1 a 6 (motivação baixa) = 1 Total de 7 a 9 (motivação moderada) = 2 Total 10 (motivação elevada) = 3 P. 11 + P. 12 + P. 13 + P. 14 Total de 1 a 6 (Motivação baixa) = 0 Total de 7 a 10 (motivação moderada a elevada) = 1 Idem

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco (3)	Possibilidade de utilizar o tabaco para relaxar quando em maior <i>stress</i>	Ordinal	Escala visual analógica Tercis dos totais: - Pouco provável - Moderadamente provável - Muito provável	P. 16
		Variável composta binária	Classificação inferior ou igual à média = 0 Classificação superior à média = 1	Idem

Quadro 3: Descrição das variáveis de caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco

3.6.3. Caracterização profissional, identificação de *stress* extra-organizacional autopercecionado e fatores de *stress* no trabalho

Todas as variáveis da caracterização profissional, da identificação de *stress* extra-organizacional e dos fatores de *stress* no trabalho foram assumidas como independentes. À semelhança das anteriores, e por forma a realizar a análise estatística pretendida para o presente estudo, as variáveis correspondentes a fatores de *stress* organizacional e extra-organizacional foram transformadas em variáveis compostas binárias, cujo ponto de corte foi a média da amostra, conforme descrito no quadro que se segue:

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização profissional (1)	Tempo de trabalho na empresa	Contínua	Número (anos)	P. 19
	Tempo de trabalho na função	Contínua	Número (anos)	P. 20

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Caracterização profissional (2)	Horas de trabalho/dia	Contínua	Número (horas)	P. 21
		Variável composta binária	Horas de trabalho inferior ou igual à média = 0 Horas de trabalho superior à média = 1	Idem
	Satisfação com o trabalho	Ordinal	Escala visual analógica Tercis dos totais: - Pouco satisfeito - Moderadamente satisfeito - Muito satisfeito	P. 22
		Variável composta binária	Classificação inferior ou igual à média = 0 Classificação superior à média = 1	Idem
Identificação de stress extra-organizacional autopercionado e fatores de stress no trabalho (1)	Quantificação de stress extra-organizacional	Ordinal	Escala visual analógica Tercis dos totais: - Stress baixo - Stress moderado - Stress elevado	P. 15
		Variável composta binária	Classificação inferior ou igual à média = 0 Classificação superior à média = 1	Idem
	Requisitos do trabalho	Nominal binária	Sim; não (codificação de acordo com autor)	P. 23.1; P. 23.2; P. 23.3; P. 23.3; P. 23.4; P. 23.5; P. 23.6; P. 23.7; P. 23.8; P. 23.9
		Variável composta binária	Total inferior ou igual à média = 0 Total superior à média = 1	Idem

Áreas	Nome e tipo de variável		Categorias da variável	Perguntas do questionário
Identificação de stress extra-organizacional autopercebido e fatores de stress no trabalho (2)	<i>Autoridade decisória</i>	Nominal binária	Sim; não (codificação de acordo com autor)	P. 23.10; P. 23.11; P. 23.12; P. 23.13; P. 23.14; P. 23.15; P. 23.16; P. 23.17
		Variável composta binária	Total inferior ou igual à média = 0 Total superior à média=1	Idem
	<i>Discriminação de tarefas</i>	Nominal binária	Sim; não (codificação de acordo com autor)	P. 23.18; P. 23.19; P. 23.20; P. 23.21; P. 23.22; P. 23.23
		Variável composta binária	Total inferior ou igual à média = 0 Total superior à média=1	Idem
	<i>Condições de emprego</i>	Nominal binária	Sim; não (codificação de acordo com autor)	P. 23.24; P. 23.25; P. 23.26; P. 23.27; P. 23.28; P. 23.29; P. 23.30
		Variável composta binária	Total inferior ou igual à média = 0 Total superior à média = 1	Idem
	<i>Apoio dos chefes e colegas</i>	Nominal binária	Sim; não (codificação de acordo com autor)	P. 23.31; P. 23.32; P. 23.33; P. 23.34; P. 23.35; P. 23.36; P. 23.37; P. 23.38
		Variável composta binária	Total inferior ou igual à média = 0 Total superior à média = 1	Idem

Quadro 4: Caracterização profissional, identificação de stress extra-organizacional e fatores de stress no trabalho

3.7. Pré-teste

Previamente à sua aplicação, o questionário foi sujeito a um pré-teste com dez trabalhadores, fumadores e em exercício de funções no sector dos serviços.

Observou-se que os questionários foram respondidos sem dificuldade pelos inquiridos, não havendo necessidade de intervenção durante o seu preenchimento para clarificação de qualquer questão. Após verificação das respostas na presença dos participantes, encontraram-se dois questionários com respostas imprecisas na mesma questão, relativa ao número médio de horas de trabalho por semana, tendo os dois participantes respondido o número médio de horas por dia. Questionando-se os participantes, estes revelaram que é mais habitual e fácil a indicação do número médio de horas por dia, tendo, esse motivo, induzido o erro. Por esta razão, resolveu-se proceder à alteração da questão “Qual o número médio de horas que trabalha por semana?” por “Qual o número médio de horas que trabalha por dia?”.

Verificou-se ainda a omissão de duas questões, uma em que o participante referiu ter saltado unicamente por distração e outra porque a resposta seria zero (0), não tendo o participante, por essa razão, considerado necessário colocar resposta. Por esta razão, optou-se por não alterar estas questões.

Relativamente ao *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995), e no sentido de uma melhor adaptação de algumas questões à linguagem corrente dos inquiridos, foi feita alteração do termo *gestão quotidiana* pelo termo *chefia direta*. A alteração do termo foi feita mediante a verificação da construção frásica do questionário original, no qual se utiliza o termo *daily management* (UE. EUROFOUND, 1994).

Por fim, questionou-se os participantes quanto à clareza e compreensão das perguntas, bem quanto à extensão e ao tempo necessários para preenchimento do questionário. Os participantes referiram que o questionário estava acessível quanto à compreensão, clareza e tempo necessário para preenchimento.

O tempo médio de resposta variou entre 8 a 10 minutos.

3.8. Considerações éticas

Todo o presente estudo exploratório foi delineado tendo por base os princípios éticos baseados no documento de Belmont e Declaração de Helsínquia.

Durante todo o processo foi garantido o Princípio da Beneficência, garantindo o direito ao anonimato e confidencialidade das respostas dos participantes. Neste estudo, os questionários não exigiram qualquer identificação dos participantes, tendo sido encerrados individualmente em envelopes brancos até chegarem à autora.

Os participantes foram informados sobre a natureza do estudo e duração do questionário, tendo aceitado participar voluntariamente no mesmo. Nenhuma das questões em estudo careceu de obrigatoriedade de resposta, pelo que os participantes puderam livremente omitir qualquer uma das respostas ou terminar o questionário a qualquer altura, garantindo o direito de autodeterminação e intimidade, baseados no Princípio do Respeito pela Dignidade Humana (princípio da autonomia) e no Princípio da Justiça.

A natureza e objetivos do presente estudo exploratório, bem como todo o seu planeamento, foram previamente autorizados pela administração da Empresa X, tendo a administração e chefias diretas conhecido o instrumento de colheita de dados antes da sua aplicação aos trabalhadores.

3.9. Tratamento dos dados

A análise quantitativa dos dados foi realizada mediante a utilização do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.

Realizou-se uma análise descritiva dos dados, seguida de uma componente de análise de dados bivariada, com a qual se pretendeu medir a associação entre as variáveis de interesse para o estudo.

Para a análise bivariada foi, antes de mais, avaliada a consistência interna do *Teste de Richmond* (Richmond, Kehoe, Webster, 1993, adapt. Balsa, Vital, Urbano, 2014) através do cálculo do índice de *Cronbach*. Prosseguiu-se para a

medição da associação, através do teste de independência do Qui-quadrado (χ^2), e da correlação, através do Coeficiente de Correlação Ró de *Spearman*, entre as covariáveis 1) sociodemográficas, 2) de caracterização do comportamento tabágico, e 3) de autoperceção de *stress*; e o resultado do *Teste de Richmond*.

De seguida, foi avaliada a consistência interna dos itens do *Questionário Sobre o Stress Relacionado com o Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995), através do cálculo do índice α de *Cronbach*.

Procedeu-se, depois, à criação de variáveis binárias (com recurso à média de cada variável), a partir das variáveis independentes de interesse para o estudo e com fiabilidade comprovada em índice α de *Cronbach*, e efetuou-se o cruzamento e teste de independência do Qui-quadrado (χ^2) entre cada fator de risco psicossocial (variáveis independentes) e o valor total resultante do *Teste de Richmond* (variável dependente). Procedeu-se também ao cálculo do *Odds Ratio* (OR) e Coeficiente Ró de *Spearman* para a quantificação da influência, sentido e força de associação entre as variáveis. Definiu-se 5% para o nível de significância estatística.

4. Resultados

4.1. Caracterização demográfica, estado de saúde autopercepcionado e presença de doenças crónica e consumo de bebidas alcoólicas

Foram enviados 110 questionários, abrangendo 5 vendedores de bens de consumo alimentar, fumadores, das 22 localizações em Portugal Continental onde a Empresa X se encontra representada. Desses, obtiveram-se 95 respostas, distribuídas por regiões do território português, segundo NUTS II (Nomenclatura de Unidade Territorial II), da seguinte forma:

NUTS II	Nº respostas	Percentagem
Norte	15	15,8%
Centro	20	21,1%
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	25	26,3%
Alentejo	25	26,3%
Algarve	10	10,5%
Total	95	100,0%

Quadro 5: Distribuição da amostra segundo NUTS II

Esta constituiu, portanto, a amostra em estudo, correspondendo a uma taxa de resposta de 86,4%.

A amostra apresentou uma idade média de 39,6 anos (mediana = 39 anos; máximo = 60 anos, mínimo = 21 anos), uma maior representatividade de vendedores no grupo etário dos 31 e 40 anos (46,7%), seguida dos grupos etários dos 41 aos 50 anos (29,3%), dos 20 aos 30 anos (13%), sendo que o grupo etário com menor representatividade foi dos 51 aos 60 anos (10,9%).

A maior parte dos participantes referiram encontrar-se casados, juntos ou em união de fato (74,5%), com igual percentagem de respondentes no grupo de solteiros e no grupo de separados/divorciados (12,8% de vendedores em ambos os grupos).

Em relação à escolaridade, 57,4% dos respondentes referiram ter completado o 12º ano ou equivalente, 28,7% responderam ter concluído o 9º ano, 6,4% vendedores responderam ser licenciados e 3,2% referiram possuir o bacharelato ou equivalente, enquanto 4,3% da amostra de vendedores relataram ter menos de 9 anos de escolaridade.

Dos vendedores fumadores, 63,2% considerou ter um bom estado de saúde, 20% considerou o seu estado de saúde muito bom, enquanto 16,8% revelou ter um estado razoável de saúde. Nenhum vendedor considerou que o seu estado de saúde fosse mau ou muito mau. Na amostra existiram 8,4% de vendedores com

doenças crônicas, sendo que as doenças prevalentes revelaram ser a Rinite e Sinusite, seguidas da asma, hipercolesterolemia, e outras.

A respeito do consumo de álcool, 82,9% dos vendedores inseriu-se no grupo dos consumidores correntes (tipo IV), tendo reportado consumo de álcool no último mês: 38,3% da amostra referiu ter consumido álcool duas a quatro vezes por mês; 34% consumiu duas a três vezes por semana; e 10,6% relatou consumir álcool quatro ou mais vezes por semana. 11,7% da amostra de vendedores reportaram consumo de bebidas com álcool uma vez por mês ou menos, pelo que se poderão considerar consumidores recorrentes (tipo III), enquanto 5,3% da amostra referiu não consumir bebidas alcoólicas. Num dia normal de semana, os vendedores referiram consumir em média de 1 copo de bebida com álcool (10 g de álcool) (mediana = 0 copos, máximo = 3 copos, mínimo = 0 copos). No fim-de-semana, a amostra revelou consumir uma média de 3 copos (30 g de álcool) (mediana = 3 copos, máximo = 20 copos, mínimo = 0 copos).

4.2. Caracterização do comportamento face ao consumo de tabaco

Em média, os vendedores que participaram no presente estudo exploratório relataram fumar há 19 anos (mediana = 20 anos, máximo = 40 anos, mínimo = 2 anos): 15,6% dos fumadores fumavam há 10 anos ou menos, 52,1% fumava de entre 11 a 20 anos, 26,5% dos vendedores fumava de entre 21 a 30 anos e 5,8% dos fumadores fumavam há 31 anos ou mais.

O produto de tabaco relatado como o mais consumido pela amostra foi o cigarro (96,8%), seguido da cigarrilha (2,2%) e de outro tipo de tabaco (1,1%). O número médio de cigarros que a amostra relatou consumir por dia foi de 16 cigarros (mediana = 15 cigarros, máximo = 60 cigarros, mínimo = 2 cigarros).

Dos vendedores, 30,5% revelou consumir o primeiro cigarro do dia nos primeiros 30 minutos após acordar (critério de dependência na nicotina), enquanto 69,5% não relatou essa necessidade. Em todos os grupos etários da amostra verificou-se

que existe um maior número de fumadores que não teriam necessidade de fumar nos primeiros 30 minutos após acordar:

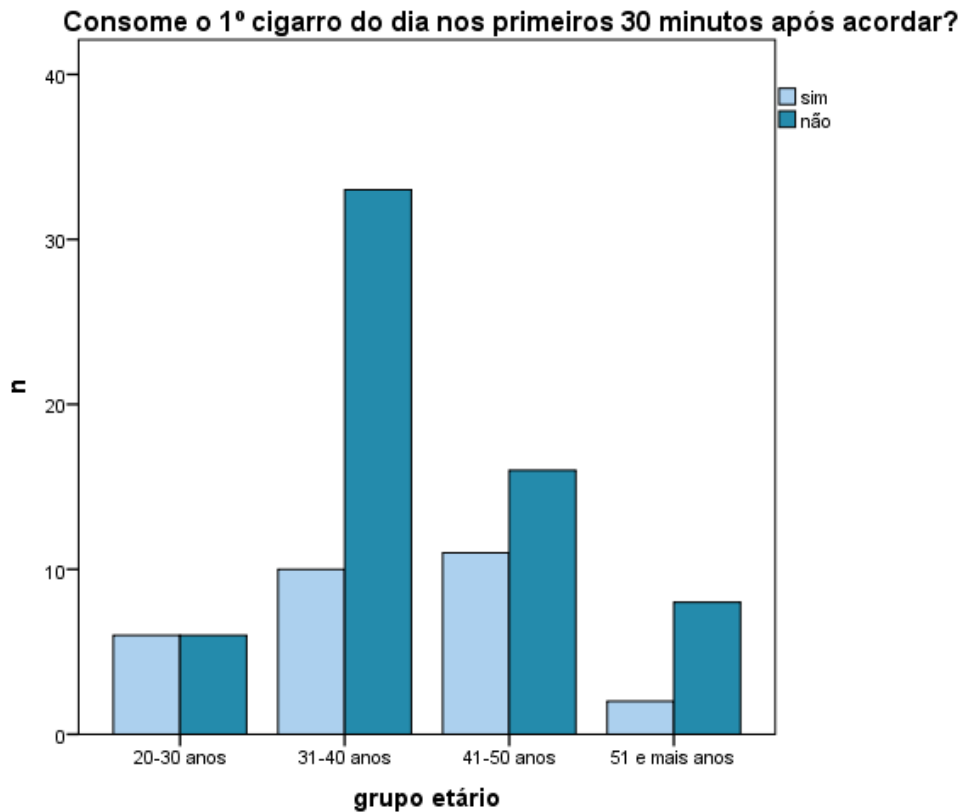


Figura 6: Distribuição de vendedores por consumo do 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar e grupo etário

Relativamente a tentativas prévias de cessação tabágica, 68,5% dos vendedores relatou já ter tentado parar de fumar, enquanto 31,5% dos vendedores nunca terá tentado a cessação tabágica. No quadro 6 estão representadas as razões pelas quais 68,5% dos vendedores voltaram a fumar após tentativa de cessação e as razões pelas quais 31,5% dos vendedores nunca terá tentado deixar de fumar (as razões nomeadas resultaram de categorias criadas a partir do agrupamento de respostas livres apresentadas pelos vendedores):

Motivos que levaram a manter os hábitos tabágicos após tentativa de cessação tabágica	Stress	24	41,4%	
	Dependência	14	24,1%	
	Alteração de rotina diária	6	10,3%	
	Ansiedade	6	10,3%	
	Vida profissional	5	8,6%	(n=58)
	Prazer	5	8,6%	
	Outros	5	8,6%	
	Ocasão de ócio	4	6,9%	
	Pouca intensidade	3	5,2%	
Motivos que levaram a nunca ter tentado a cessação tabágica	Falta de interesse	8	27,6%	
	Prazer	6	20,6%	
	Pouca intensidade	6	20,6%	
	Ausência de iniciativa	4	13,8%	(n=29)
	Falta de motivação	1	3,4%	
	Ansiedade	1	3,4%	
	Outros	1	3,4%	

Quadro 6: Distribuição da amostra segundo os motivos que levaram a manter os hábitos tabágicos

A partir do quadro 8 constata-se que o *stress* foi o motivo mais autorreportado de recaída após tentativa de cessação tabágica (41,4%), seguido da dependência por apreciação subjetiva (24,1%). Em relação aos vendedores que nunca tentaram deixar de fumar, 27,6% referiu que o principal motivo prendeu-se à falta de interesse, seguido do prazer pelo consumo de tabaco (20,6%), bem como da pouca intensidade de consumo (20,6%).

Não obstante o fracasso de tentativas prévias de cessação tabágica e da ausência de tentativas para deixar de fumar, 86,2% dos vendedores respondeu positivamente à questão *Gostava de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade?*.

De seguida, foi avaliada a motivação para a cessação tabágica da amostra, através da aplicação do *Teste de Richmond* (Richmond, Kehoe, Webster, 1993, adapt. Balsa, Vital, Urbano, 2014). O cálculo do índice α de *Cronbach* foi efetuado para análise da consistência interna do *Teste de Richmond*, resultando no seguinte valor:

α de Cronbach	Nº de Itens
0,766	4

Quadro 7: Cálculo do α de Cronbach dos itens do *Teste de Richmond*

O valor de α do *Teste de Richmond* (0,766) revela, portanto, uma boa consistência interna, sugerindo a fiabilidade dos resultados obtidos na presente amostra.

Das respostas efetuadas ao *Teste de Richmond* conclui-se que, em média, a amostra apresentou uma motivação baixa para a cessação tabágica, resultante de um valor total médio de 5,44 (mediana = 6, máximo = 10, mínimo = 0). Detalhadamente, 69,1% da amostra apresentou uma motivação baixa para deixar de fumar (total 0-6), 28,7% apresentou uma motivação moderada (total 7-9) e apenas 2,1% dos vendedores revelaram uma motivação elevada para a cessação tabágica (total 10). Analisando o valor total do *Teste de Richmond* por grupo etário, foi evidente a baixa motivação para a cessação tabágica da amostra:

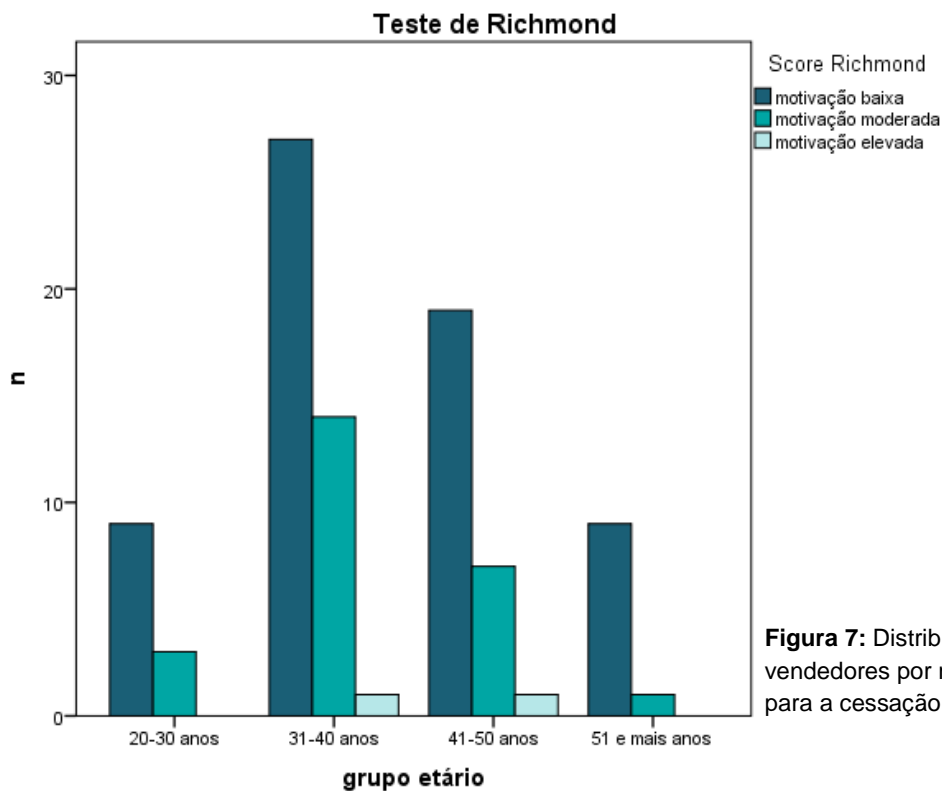


Figura 7: Distribuição de vendedores por motivação para a cessação tabágica

Apesar da baixa motivação para a cessação tabágica, a autopercepção dos malefícios que o consumo de tabaco pode causar na saúde futura dos vendedores apresentou-se elevada. Os respondentes atribuíram um valor médio de 8 em escala visual analógica quando questionado *Até que ponto considera o seu consumo atual de tabaco poderá prejudicar a sua saúde no futuro?* (mediana = 9, máximo = 10, mínimo = 1):

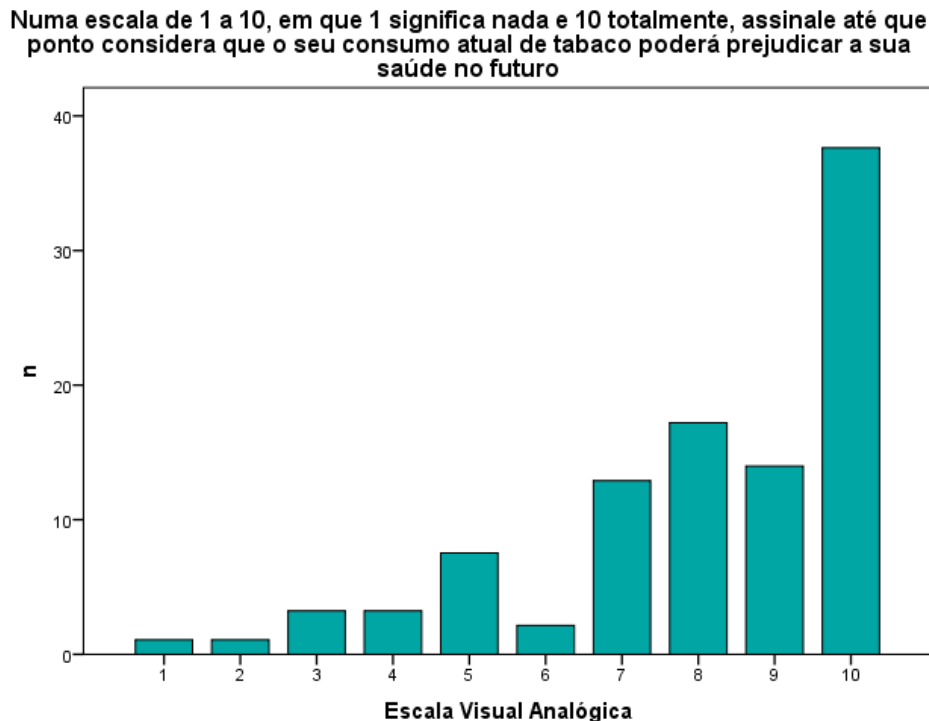


Figura 8: Distribuição de vendedores por autopercepção dos malefícios do tabaco na sua saúde no futuro, avaliada em escala visual analógica

4.3. Caracterização profissional, identificação de *stress* extra-organizacional autopercecionado e fatores de *stress* no trabalho

Na amostra de vendedores, a média de tempo de permanência ao serviço da Empresa revelou ser 11 anos (mediana = 10 anos, máximo = 29 anos, mínimo = 0 anos), manifestando antiguidade da amostra ao serviço da Empresa X. A respeito do tempo de permanência na atual função, em média, os vendedores relataram desempenhar a mesma atividade profissional há 10 anos (mediana = 9 anos, máximo = 29 anos, mínimo = 1 anos).

A amostra de vendedores relatou uma carga horária diária média de 11 horas (mediana = 12 horas, máximo = 14 horas, mínimo = 7 horas). De acordo com revisão bibliográfica efetuada, o longo período de horas de trabalho poderá influenciar o processo de cessação tabágica do trabalhador (Angrave *et al.*, 2014), pelo que este fator de *stress* relacionado com o trabalho deverá receber especial atenção na componente analítica efetuada mais à frente.

Medida a satisfação com o atual trabalho, a amostra atribuiu uma média de 7, em escala visual analógica, à sua satisfação com a atividade profissional desempenhada (mediana = 8, máximo = 10, mínimo = 1), revelando, dessa forma, uma satisfação elevada com o trabalho.

Avaliada a autoperceção de *stress* extra-organizacional, ou seja a respeito das atividades do dia-a-dia como a vivência em casa, no trabalho, no trânsito, etc., os vendedores em estudo classificaram o seu nível de *stress* diário num valor médio de 8 em escala visual analógica (mediana = 8, máximo = 10, mínimo = 1), revelando a perceção de um nível de *stress* elevado.

Questionada a possibilidade dos vendedores utilizarem o tabaco como forma de descontrair/relaxar em momentos de *stress*, a amostra atribuiu, em média, um valor de 7, em escala visual analógica, a essa possibilidade (mediana = 8, máximo = 10, mínimo = 1). Desta forma, a amostra de vendedoras revelou que é muito provável utilizarem o tabaco como mecanismo de *coping* face ao *stress*.

Através da aplicação do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995) foram medidos fatores de *stress* relacionados com a situação de trabalho (itens do Questionário), nomeadamente: *requisitos do trabalho, autoridade decisória, discriminação de tarefas, condições de emprego, apoio dos chefes e colegas*. Para análise destes fatores de *stress*, e tendo em conta que o *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* não dispõe de interpretação para o resultado total de agregação/soma dos resultados dos diferentes itens, foi, primeiramente, realizado o cálculo do índice α de Cronbach para validação da consistência interna de cada um dos itens/fatores de *stress* relacionado com a situação de trabalho medidos no Questionário, tendo-se obtido os seguintes valores:

Fator de stress relacionado com a situação de trabalho	α de Cronbach	Nº de Itens
<i>Requisitos do trabalho</i>	,003	9
<i>Autoridade decisória</i>	,283	8
<i>Discriminação de tarefas</i>	,328	6
<i>Condições de emprego</i>	,346	7
<i>Apoio dos chefes e colegas</i>	,739	8

Quadro 8: Cálculo do α de Cronbach de cada um dos itens do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho*

Tendo em consideração que a codificação das perguntas de cada item (fator de stress) foi realizada de acordo com os valores atribuídos pelos autores do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995), tem-se que a fiabilidade do resultado total dos fatores *requisitos do trabalho*, *autoridade decisória*, *discriminação de tarefas* e *condições de emprego* é bastante baixa para a presente amostra, considerando-se fiáveis valores de $\alpha \geq 0,70$ (Maroco e Garcia-Marques, 2006). Assim, somente o fator de stress *apoio dos chefes e colegas* apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,739$). Apesar da validade insuficiente do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* para as características da amostra e do contexto onde a recolha de dados foi efetuada, prosseguiu-se a análise univariada dos dados, a fim de se obter uma caracterização da amostra quanto a estes fatores de stress, sendo que a análise bivariada apenas será precedida para a variável *apoio dos chefes e colegas*, pela fiabilidade apresentada.

Dando início à análise dos fatores de stress relacionados com o trabalho pelo fator *requisitos do trabalho*, a classificação total deste fator pode assumir um valor de 0 a 9, total este que quanto mais elevado for, maior o risco de stress. O valor total médio de classificação da amostra para os *requisitos do trabalho* foi de 6 (mediana

= 6, máximo = 9, mínimo = 3), apresentando, desta forma, um risco de *stress* moderado relacionado com os requisitos no trabalho.

Quanto ao fator *autoridade decisória*, a classificação total pode variar entre 0 e 8, sendo que quanto mais baixo for o valor total, maior é o risco de *stress*. A amostra apresentou um valor total médio de 7 (mediana = 7, máximo = 8, mínimo = 4). Assim sendo, pode assumir-se que o risco deste fator na origem de *stress* relacionado com o trabalho na amostra era baixo.

A *discriminação de tarefas* é um fator cuja classificação total pode apresentar valores entre 0 e 6, o qual quanto mais baixo for o total, maior o risco de *stress*. Este fator assumiu um valor total médio de 5 na amostra (mediana = 5; máximo = 6, mínimo = 1), revelando também a possibilidade de baixo risco de *stress* causado pela *discriminação de tarefas* no trabalho.

No que respeita às *condições de emprego*, a sua classificação total pode variar entre 0 a 7, sendo que quanto mais baixo for o total, maior o risco de originar *stress*. Tendo assumido um valor total médio de 5 na amostra (mediana = 5; máximo = 7, mínimo = 1), as *condições de emprego* também não assumem um risco considerável relativo à origem de *stress* nos vendedores.

Finalmente, o valor total do fator *apoio dos chefes e colegas* pode tomar uma classificação total entre 0 e 8, a qual quanto mais baixo for, maior risco de *stress*. Na amostra de vendedores, o valor total médio relativo a este fator foi de 7 (mediana = 7; máximo = 8, mínimo = 2). Assim sendo, o *apoio dos chefes e colegas* representa um risco baixo na origem de *stress* relacionado com o trabalho na presente amostra.

Resumindo, tem-se que apenas o fator de *stress requisitos no trabalho* poderia assumir-se como fator representativo de risco moderado na origem de *stress* relacionado com o trabalho. Todos os restantes fatores de *stress* representaram um baixo risco de *stress* para os vendedores. Ressalva-se, no entanto, a fraca fiabilidade dos itens do Questionário, com exceção do fator *apoio dos chefes e colegas*.

4.4 Motivação para a cessação tabágica em função das covariáveis: sociodemográficas, comportamento face ao consumo de tabaco e *stress* extra-organizacional autopercecionado

Nos estudos realizados acerca da associação entre o *stress* relacionado com o trabalho e os hábitos tabágicos surgem covariáveis que se associaram previamente ao consumo de tabaco (Rugulies, Scherzer, Krause, 2008). Atendendo a esse facto, no presente estudo exploratório foi analisada a associação e correlação entre as covariáveis 1) grupo etário, 2) escolaridade, 3) estado civil, 4) presença ou ausência de doença crónica; 5) nº de anos de consumo de tabaco, 6) intensidade tabágica, 7) percepção de risco do consumo atual de tabaco para a saúde no futuro, 8) tentativas prévias de cessação tabágica 9) autoperceção de *stress* extra-organizacional, 10) possibilidade de utilizar o tabaco como forma de relaxar quando em situações de maior *stress*; com a variável dependente, a motivação para a cessação tabágica.

No quadro 9 seguem os resultados (nota: as covariáveis estão denominadas de acordo com numeração acima utilizada):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valor p (χ^2)	0,438	0,523	0,168	0,708	0,717	0,980	0,890	0,023	0,952	0,988
Coefficiente ρ de Spearman	-0,243	0,055	-0,159	0,025	-0,162	0,096	0,039	-0,238	0,151	0,154
Valor p	0,020	0,6	0,128	0,812	0,129	0,368	0,714	0,023	0,147	0,145

Quadro 9: Medição da associação e correlação entre as covariáveis em estudo e a motivação para a cessação tabágica

Na análise da associação e correlação entre cada covariável e a motivação para a cessação tabágica, assume-se que apenas a covariável tentativas prévias de cessação tabágica revelou uma associação estatisticamente significativa à motivação para a cessação tabágica, tendo apresentado também uma correlação negativa mas fraca. Assim, assume-se que os vendedores que tentaram

previamente deixar de fumar estariam tendencialmente mais motivados para a cessação tabágica do que os vendedores que não realizaram tentativas prévias de cessação tabágica.

Apesar de em Teste χ^2 a covariável idade ter resultado independente da motivação para a cessação tabágica, esta covariável apresentou-se estatisticamente significativa na análise de correlações, apresentando uma associação negativa e fraca face à motivação para a cessação tabágica. Assume-se que o sentido negativo da associação entre a idade e a motivação para a cessação tabágica propõe que quanto maior a idade do vendedor, menor a motivação para a cessação tabágica.

4.5 Motivação para a cessação tabágica em função dos fatores de *stress* relacionados com o trabalho

De seguida prosseguiu-se para a medição da associação entre os fatores de *stress* relacionados com o trabalho e o valor total resultante do *Teste de Richmond*, através do cruzamento do total de cada fator de *stress* com o valor total do *Teste de Richmond*, da realização do teste de independência Qui-quadrado (χ^2) e da medição da força de associação entre as duas variáveis, através do *Odds Ratio*.

Para a presente análise, tanto o valor total resultante do *Teste de Richmond*, variável dependente, como o valor de cada fator de *stress*, variáveis independentes, foram transformados em variáveis binárias. Para o valor total do *Teste de Richmond* foram criadas duas categorias correspondentes ao grau de motivação para a cessação tabágica: valores totais de 0 a 6 corresponderam a uma motivação baixa; e valores totais de 7 a 10 corresponderam a uma motivação moderada e elevada. Nas variáveis independentes, correspondentes ao *apoio dos chefes e colegas* (medido através do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho*), à satisfação com o trabalho e ao número médio de horas de trabalho diárias, a categorização binária foi efetuada de acordo com a média do total da amostra para cada variável, a qual será especificada na análise de cada uma das variáveis.

4.5.1. Apoio dos chefes e colegas e motivação para a cessação tabágica

A variável *apoio dos chefes e colegas* apresentou um valor de α de Cronbach = 0,739, sendo o único fator de stress com fiabilidade apresentada para a presente amostra resultante da aplicação do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho*. Esta variável apresentou uma classificação total média de 7, para um intervalo de valores entre 0 e 8. Assim, as duas categorias criadas para a variável *apoio dos chefes e colegas*, assumidas a partir da média enquanto ponto de corte, agregaram os seguintes valores: para totais entre 2 a 7 assumiu-se um maior risco de stress; e para totais de 8 um menor risco de stress. Os resultados do cruzamento entre as variáveis seguem no quadro 10:

		<i>Apoio dos chefes e colegas</i>		Total
		Total até 7	Total 8	
<i>Total T. Richmond</i>	1-6	35 (67,3%)	27 (75%)	62 (70,5%)
	7-10	17 (32,7%)	9 (25%)	26 (29,5%)
Total		52 (100%)	36 (100%)	88 (100%)

Quadro 10: Cruzamento entre o resultado *apoio dos chefes e colegas* e o resultado do *Teste de Richmond*

Na análise do cruzamento entre a variável *apoio dos chefes e colegas* e a motivação para a cessação tabágica verificou-se uma maior percentagem de vendedores com motivação baixa independentemente do resultado total obtido neste fator de stress (70,5%).

O teste χ^2 resultou num valor $p = 0,437$, pelo que, para um nível de significância de 5%, não existe evidência estatisticamente significativa para se assumir uma associação entre a motivação para a cessação tabágica e o *apoio dos chefes e colegas*, sendo que ambos os grupos de vendedores apresentam uma baixa motivação para a cessação tabágica.

Na análise da associação entre o *apoio dos chefes e colegas* e a motivação para a cessação tabágica obteve-se ainda um OR = 0,686 (IC95%: 0,265 – 1,777), confirmando a não existência de um resultado estatisticamente significativo na associação destas duas variáveis.

Assim sendo, o *apoio dos chefes e colegas* não se encontrou associado nem se manifestou afeto à motivação para a cessação tabágica dos vendedores em estudo.

4.5.2. Horas de trabalho e motivação para a cessação tabágica

Prosseguiu-se para a análise de duas variáveis que foram igualmente relatadas enquanto influentes no comportamento face ao consumo de tabaco em estudos anteriores: horas de trabalho e satisfação com o trabalho.

Como acima descrito, a média de horas de trabalho por dia foi 11 horas. Partiu-se igualmente da média enquanto ponto de corte para a categorização dos dois grupos de comparação: os vendedores que trabalhavam por um período diário ≤ 11 horas; e os vendedores que trabalhavam por um período > 11 horas. Os resultados do cruzamento entre as variáveis em estudo foram os seguintes:

		Horas de trabalho		Total
		≤ 11 horas	> 11 horas	
Total T. Richmond	1-6	34 (79,1%)	28 (60,9%)	62 (69,7%)
	7-10	9 (20,9%)	18 (39,1%)	27 (30,3%)
Total		43 (100%)	46 (100%)	89 (100%)

Quadro 11: Cruzamento entre horas de trabalho e os resultados do *Teste de Richmond*

No quadro 11 verifica-se, novamente, uma maior percentagem de vendedores com motivação baixa, independentemente das horas de trabalho efetuadas diariamente (69,7%).

Quando testada a existência de associação entre as horas de trabalho e a motivação para a cessação tabágica, através do teste χ^2 , obteve-se um valor $p = 0,062$. Para um nível de significância de 5% não se evidencia uma associação estatisticamente significativa entre as horas de trabalho e a motivação para a cessação tabágica. No entanto, este resultado é sugestivo de possível associação entre as duas variáveis quando alargado o nível de significância para 10% ($p = 0,062$).

Da medição da associação entre estas duas variáveis, foi ainda obtido um OR = 2,429 (IC95%: 0,945 – 6,240). Os resultados da análise OR sugerem a existência de um efeito do fator de *stress horas de trabalho* sobre a motivação para a cessação tabágica, sugerindo que os trabalhadores expostos a mais horas de trabalho estariam 2 vezes mais motivados para deixar de fumar do que os trabalhadores sujeitos a menos horas de trabalho. No entanto, e como verificado anteriormente, este resultado não apresenta uma associação estatisticamente significativa para níveis de significância de 5% (IC95%: 0,945 – 6,240).

4.5.3. Satisfação com o trabalho e motivação para a cessação tabágica

A respeito da satisfação com o trabalho, e conforme descrito anteriormente, o valor médio atribuído pelos vendedores, em escala visual analógica, foi 7, revelando uma satisfação elevada. Assim sendo, as duas categorias criadas, a partir da média enquanto ponto de corte, assumiram, por um lado, os valores de satisfação com o trabalho compreendidos entre 1 e 7 e, por outro, valores de satisfação com o trabalho compreendidos entre 8 e 10.

O resultado do cruzamento entre estas variáveis está descrito no quadro 12:

		Satisfação com o trabalho (EVA)		Total
		Até 7	A partir de 8	
Total T. Richmond	1-6	23 (65,7%)	37 (71,2%)	60 (69%)
	7-10	12 (34,3%)	15 (28,8%)	27 (31%)
Total		35 (100%)	52 (100%)	87 (100%)

Quadro 12: Cruzamento entre o valor atribuído à satisfação com o trabalho e os resultados do *Teste de Richmond* na amostra

Com a análise desta última variável conclui-se o que até agora tem sido descrito para as restantes variáveis: revelou-se uma maior percentagem de vendedores com motivação baixa, independentemente da satisfação com o trabalho.

O cálculo do χ^2 resultou num valor $p = 0,591$ sendo que, para um nível de significância de 5%, não existe evidência estatisticamente significativa para se assumir uma associação entre a satisfação com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica, sendo que ambos os grupos de vendedores apresentaram uma baixa motivação para a cessação tabágica.

A associação entre a satisfação com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica resultou num OR = 0,777 (IC95%: 0,310 – 1,950), não tendo sido obtido um resultado estatisticamente significativo.

Assim sendo, a satisfação com o trabalho não se encontrou associada nem influenciadora da motivação para a cessação tabágica nos vendedores em estudo.

4.5.4. Intensidade e sentido da correlação entre os fatores de stress no trabalho e a motivação para a cessação tabágica

Para finalizar a análise de resultados, procedeu-se à medição da intensidade de correlação entre as variáveis independentes (fatores de *stress*) e a variável dependente (motivação para a cessação tabágica), sem pontos de corte, através do coeficiente ρ de Spearman:

	<i>Apoio dos chefes e colegas</i>	Nº horas de trabalho	Satisfação com o trabalho
Coeficiente ρ de Spearman <i>/ Teste de Richomnd</i>	-0,127	0,272	-0,051
Valor p	0,240	0,01	0,636

Quadro 13: Medição da correlação entre os fatores de *stress* relacionados com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica

Para um nível de significância de 5%, o nº de horas de trabalho apresentou uma correlação estatisticamente significativa com a motivação para a cessação tabágica ($p = 0,01$). A associação entre as duas variáveis é fraca e de sentido positivo, assumindo-se que quanto maior o período de trabalho, maior a motivação para a cessação tabágica, em concordância com valor obtido de OR = 2,429 (IC95%: 0,945 – 6,240)].

Nem o *apoio dos chefes e colegas*, nem a satisfação com o trabalho apresentaram uma correlação estatisticamente significativa. A associação apresentou-se fraca e o sentido da sua associação seria sugestivo de: 1) quanto maior o *apoio dos chefes e colegas*, menor a motivação para a cessação tabágica e; 2) quanto maior a satisfação com o trabalho, menor a motivação para a cessação tabágica.

5. Discussão

A influência dos fatores organizacionais no comportamento face ao consumo de tabaco nos trabalhadores tem sido frequentemente alvo de estudos e lançamento de evidência empírica. Nestes estudos, a associação entre *stress* relacionado com o trabalho e o comportamento tabágico tem apresentado resultados mistos, com autores a reportarem associações negativas, positivas ou nulas (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012).

A idade média da amostra de vendedores fumadores revelou ser 39,6 anos, sendo que 59,7% dos vendedores encontrava-se na faixa etária dos 20 aos 40 anos. Foi

reportado por Balsa *et al.* (2014), no *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, que a faixa etária com maior consumo de tabaco em 2012 no nosso país se encontrava na faixa etária entre os 25 e os 44 anos. Assim, verifica-se que a amostra recolhida revelou coincidir, na sua maior percentagem, com o grupo etário de maior consumo de tabaco em Portugal, detetado por Balsa, Vital e Urbano (2014a).

Helmert, *et al.* (2001) reportaram, num estudo acerca dos determinantes sociais do comportamento tabágico na Alemanha, que a maior percentagem de fumadores foi observada, dentre outros determinantes, em pessoas divorciadas e com baixa escolaridade (Helmert, Borgers, Bammann, 2001). No presente estudo exploratório verificou-se, porém, que 74,5% dos vendedores fumadores encontravam-se casados, juntos ou em união de facto, tendo os grupos amostrais de solteiros e divorciados em igual percentagem (12,8%). No que respeita à escolaridade, conclui-se que 57,4% dos vendedores completaram o 12º ano, 33% dos vendedores tinham 9 anos de escolaridade ou menos e 9,6% tinham ensino superior. Ainda que um terço dos vendedores surjam com a escolaridade mais baixa, a maior percentagem de vendedores terminaram o 12º ano, não se tendo, desta forma, verificado concordância com os dados de Helmert, Borgers e Bammann (2001) nem para o estado civil nem para a escolaridade.

Apesar de a amostra de vendedores apresentar uma carga tabágica média de 15,2 anos-maço (média de anos do comportamento tabágico=19 anos; média de cigarros consumidos por dia=16 cigarros), 83,2% dos vendedores considerava ter um estado de saúde bom ou muito bom, havendo 16,8% dos fumadores que considerava o seu estado de saúde razoável. Avaliada a percepção de risco por parte dos vendedores quanto aos malefícios do consumo atual de tabaco na sua saúde futura, por meio de escala visual analógica, 36,8% dos vendedores atribui o valor 10 a essa percepção, 16% atribuiu 5 ou menos e 47,2% classificou de 5 a 9 a autopercepção de risco do consumo de tabaco na sua saúde, no futuro. A percentagem de vendedores que assumiu máxima importância (10) do risco do tabagismo na sua saúde futura verificou-se inferior ao verificado por Balsa, Vital e Urbano (2014a) no inquérito à população portuguesa, no qual *51% dos inquiridos consideraram que o consumo de tabaco é um factor de risco para a saúde com muita importância* (Balsa, Vital, Urbano, 2014). Para os valores anteriores, e

conforme reportado pela OMS, pode extrapolar-se que os fumadores acreditam que terão capacidade de reduzir ou parar de fumar antes de surgirem problemas de saúde relacionados com o tabaco, por uma perceção inadequada da dependência extrema causada pelo tabaco e dos riscos na saúde que incorrem pelo seu comportamento (WHO, 2008). Assim, o desenvolvimento de campanhas de informação e de educação para a saúde no âmbito do tabagismo assume um papel importante na capacitação do fumador para a compreensão dos riscos associados ao comportamento tabágico.

Relativamente ao consumo de álcool, na amostra identificou-se 82,9% de vendedores com consumo de álcool no último mês, inserindo-se no designado tipo IV – consumidores correntes. Balsa, Vital e Urbano (2014a) estimaram, que, em 2012, 68,4% da população portuguesa era constituída por consumidores correntes, tendo-se verificando uma maior incidência de consumidores correntes na amostra de fumadores em estudo (mais 14,5% do que a população geral). Quanto à quantidade de ingestão de bebidas com álcool, num dia normal da semana, os vendedores referiram consumir, em média, 1 copo de bebida alcoólica, equivalente a 10 g de álcool, sendo que, no fim-de-semana, a média de consumo de álcool subiria para 3 copos de bebidas com álcool por dia, ou seja 30 g de álcool ingeridos por dia. Estes dados são sugestivos da evidência descrita no trabalho de Room (2004): os fumadores apresentam uma maior probabilidade em também serem consumidores de álcool.

A respeito da duração dos hábitos tabágicos dos vendedores fumadores no presente estudo, observou-se uma discordância face aos resultados obtidos por Balsa, Vital e Urbano no Inquérito à População Geral, de 2012. Na presente amostra de vendedores, a maior percentagem de fumadores, 52,1%, fumava há um período temporal de 11 a 20 anos, enquanto que no *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* (2014a) foi reportada uma maior percentagem de fumadores a consumirem há mais de 30 anos (28%). No inquérito à população portuguesa de Balsa, Vital e Urbano (2014a), os fumadores que fumavam desde há 11 a 20 anos representou o segundo maior grupo, onde se encontrou 27% da amostra de vendedores.

Relativamente ao número médio de cigarros consumidos por dia, verificou-se um maior consumo de cigarros na amostra em estudo do que na população geral, em 2012. No *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* (2014a), os autores reportaram uma média de 13 cigarros consumidos por dia entre os fumadores da população portuguesa sendo que, na amostra, essa média revelou ser 16 cigarros por dia. Tem-se, assim, que a amostra de vendedores fumava, em média, mais três cigarros por dia do que a média da população portuguesa.

Um dos indicadores do grau de dependência do fumador é o consumo do primeiro cigarro 30 minutos após acordar. Na amostra, 30,5% dos fumadores revelou ter essa necessidade, sendo que a maioria dos vendedores em estudo não apresentaram este indicador de dependência. Na dependência elevada, o fumador carece de um apoio estruturado e personalizado para a cessação tabágica, onde possa beneficiar da prescrição de terapêutica adequada para o controlo da sintomatologia de abstinência, aumentando a probabilidade de sucesso em tentativas para deixar de fumar.

Na abordagem à cessação tabágica, questionou-se os vendedores a respeito de tentativas prévias para deixar de fumar. 68,5% dos vendedores referiu que tentaram deixar de fumar mas que existiram motivos que os levaram a retornar ao consumo de tabaco. Os dois principais motivos autorreportados revelaram ser o *stress* (41,4%) e a dependência (24,1%).

Quando questionados acerca da autoperceção de *stress* extra-organizacional, os vendedores em estudo atribuíram um valor médio de 8, em escala visual analógica, sugestivo de um nível de *stress* autopercecionado elevado. Foi ainda colocada em questão a possibilidade dos vendedores utilizarem o tabaco como forma de relaxar em situações de maior *stress*, sendo que os vendedores atribuíram uma média de 7, em escala visual analógica, a essa possibilidade, revelando-se incidente a adoção do comportamento tabágico enquanto mecanismo de *coping* face a situações de *stress*.

O *stress* relacionado com o trabalho é dependente de outros fatores extra-organizacionais, que no estudo se assumiram como *stress do dia-a-dia*. Alguns desses fatores são as características da personalidade do fumador, vida social e

familiar, condições económicas, condições residenciais, estatuto social, entre outros (Noriega, s.d.). A adoção do comportamento tabágico enquanto mecanismo de *coping* face ao *stress*, dispõe a que, em situações de *stress*, o fumador desenvolva sintomas agudos de abstinência, dificultando a manutenção da cessação tabágica (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). Desta forma, o fumador irá revelar, para além da dependência física, uma dependência comportamental do consumo de tabaco (Chan, Heaney, 1997). Nesta situação, a disponibilização de um apoio personalizado para a cessação tabágica, bem como a capacitação do fumador para a adoção de mecanismos de *coping* eficazes face ao *stress* tornam-se estratégias importantes na sua abstinência tabágica.

A respeito dos 31,5% dos vendedores que nunca tentaram a cessação tabágica, o principal motivo apontado foi a falta de interesse em deixar de fumar, seguindo-se do prazer (20,6%) e da pouca intensidade de consumo (20,6%). Verifica-se, nos motivos de ausência de tentativas prévias de cessação tabágica apontados pelos vendedores, a prevalência de um comportamento pré-contemplativo face à cessação tabágica, segundo o modelo transteórico proposto por Prochaska e DiClemente, revelando-se a necessidade de uma abordagem de aconselhamento que contribua para a progressão para um estadio que promova a mudança comportamental nestes vendedores (PORTUGAL. MS. DGS, 2007), assim como um aumento da literacia do fumador no âmbito do tabagismo.

Na medição da motivação para a cessação tabágica, através do *Teste de Richmond*, verificou-se que 69,1% da amostra tinha uma motivação baixa para deixar de fumar, 28,7% apresentou uma motivação moderada e 2,1% dos vendedores apresentou uma motivação elevada para a cessação tabágica. Ainda que verificados valores totais baixos no *Teste de Richmond* à amostra de vendedores, os resultados totais da população portuguesa em 2012 apresentaram-se ainda mais baixos, com 85,5% dos portugueses a reportarem uma motivação baixa para a cessação tabágica, 12,6% com uma motivação moderada e 1,8% a apresentaram uma motivação elevada (Balsa, Vital, Urbano, 2014a).

Não obstante a baixa motivação para a cessação tabágica resultante no *Teste de Richmond* aplicado a esta amostra de vendedores, 86,2% dos vendedores responderam positivamente à questão *Gostava de deixar de fumar se o pudesse*

fazer com facilidade?. A percentagem de vendedores que responderam sim quando colocada a questão anterior foi superior à percentagem de portugueses que responderam positivamente a essa mesma questão no III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (75%) (Balsa, Vital, Urbano, 2014a). A percepção da autoeficácia é um elemento fundamental na motivação para a cessação tabágica, pois, de acordo com a DGS *Se a pessoa não estiver convencida de que é capaz de mudar, não terá motivação suficiente para dar início* (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). Neste aspeto, este grupo de 86,2% de fumadores beneficiaria de uma abordagem de aconselhamento que promovesse a mudança comportamental (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

Foi realizada uma análise da associação e correlação entre as covariáveis 1) grupo etário, 2) escolaridade, 3) estado civil, 4) presença ou ausência de doença crónica; 5) nº de anos de consumo de tabaco, 6) intensidade tabágica, 7) percepção de risco do consumo atual de tabaco para a saúde no futuro, 8) tentativas prévias de cessação tabágica 9) autopercepção de *stress* extra-organizacional, 10) possibilidade de utilizar o tabaco como forma de relaxar quando em situações de maior *stress*; e a variável dependente *motivação para a cessação tabágica*. Encontrou-se uma associação e correlação estatisticamente significativas entre a variável tentativas prévias para a cessação tabágica e a motivação para deixar de fumar ($p = 0,023$). A correlação apresentou-se negativa e fraca ($p = -0,238$), sugerindo que os fumadores com tentativas prévias de cessação tabágica teriam uma maior motivação para a cessação tabágica (categorias da variável *tentativas prévias de cessação tabágica*: Sim = 0; Não = 1). De acordo com um estudo coorte de Zhou, *et al.* (2009), as tentativas prévias de cessação tabágica são fortemente preditivas de futuras tentativas de cessação, bem como a motivação para deixar de fumar também foi preditiva de futuras tentativas de cessação, assumindo-se que o resultado encontrado para a presente amostra poderá ser sugestivo da evidência encontrada por Zhou, *et al.* (2009).

Apesar de se apresentar como variável independente da motivação para a cessação tabágica, a covariável idade apresentou uma correlação estatisticamente significativa à motivação para deixar de fumar. Essa associação, de fraca intensidade, assumiu um sentido negativo, ou seja quanto maior a idade do vendedor, menor a motivação para a sua cessação tabágica ($p = -0,243$). Este

resultado é sugestivo de se apresentar concordante com os resultados obtidos no estudo populacional realizado por Clark, *et al.* (1997), no qual se concluiu que: 1) fumadores do grupo etário dos 18 aos 29 anos teriam uma atitude mais favorável quanto a estarem preparados para parar de fumar; 2) fumadores dos 30 aos 49 anos consideravam importante a percepção de risco do tabaco na saúde e o aconselhamento médico para a preparação para a cessação tabágica e; 3) dentro do grupo de fumadores com mais de 50 anos, teriam uma maior probabilidade de se encontrarem preparados para deixar de fumar os fumadores que teriam a percepção do caráter aditivo do tabaco e das consequências reais do prejuízo do tabaco na saúde (Clark, *et al.*, 1997). Estes dados refletem a importância da personalização das intervenções em cessação tabágica de acordo com as características do fumador, nomeadamente a sua idade.

Seguindo para a análise da caracterização profissional, apurou-se que os vendedores em estudo revelaram antiguidade na prestação de serviço para a Empresa X bem como no desempenho da sua função, com um tempo médio de permanência na Empresa de 11 anos e um tempo de exercício profissional na área comercial de 10 anos. Os dados são sugestivos de estabilidade deste grupo de profissionais na Empresa em questão.

Quando questionada a satisfação com o trabalho, os vendedores atribuíram uma média de 7, em escala visual analógica, sugerindo uma satisfação elevada com o seu trabalho.

À data do inquérito, os vendedores da Empresa X teriam uma carga horária média diária de 11 horas por dia, revelando um longo período de horas de trabalho. Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) concluíram que um elevado número de horas de trabalho estava associado a um aumento do consumo de tabaco, sendo que Angrave, Charlwood e Wooden (2014) relataram uma tendência para redução das possibilidades de cessação tabágica e aumento de recaídas em trabalhadores que trabalham mais de 50 horas por semana. Revela-se, portanto, importante o controlo deste fator de *stress* em intervenções de prevenção e controlo do tabagismo.

Através da aplicação do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995) foram medidos fatores de *stress* relacionados com o

trabalho, nomeadamente: *requisitos do trabalho, autoridade decisória, discriminação de tarefas, condições de emprego e apoio dos chefes e colegas*. No entanto, a análise dos fatores *requisitos do trabalho, autoridade decisória, discriminação de tarefas e condições de emprego* assumiu apenas um caráter descritivo e foi realizada apenas para “esboçar” as características da amostra em estudo, uma vez que o índice α de *Cronbach* das questões de caracterização destes fatores apresentou-se demasiado baixo, representando, portanto, uma fraca fiabilidade (0,003; 0,283; 0,328 e 0,346 respetivamente). A utilização de dados com fraca fiabilidade eleva a probabilidade dos resultados obtidos na medição dos fatores de *stress* em questão não serem válidos e dos seus resultados não serem significativos (Maroco, Garcia-Marques, 2006), pelo que estes fatores de *stress* não foram contemplados na componente analítica do presente estudo.

O único fator de *stress* relacionado com o trabalho que revelou um potencial risco moderado para a amostra de vendedores foi o fator *requisitos do trabalho*, com uma média de classificação total de 6 (total 0-9), sendo que quanto maior o total obtido maior o risco de *stress* pelo fator. Os requisitos/exigências moderadas no trabalho foram reportados por Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) como benéficas na cessação tabágica. Este facto é explicado pelos autores Chan e Heaney (1997), que referem que o desenvolvimento de insatisfação pelo trabalhador face ao seu comportamento tabágico acresce com o aumento do consumo de cigarros em situação de requisitos moderados no trabalho, insatisfação essa que é originada pelo reconhecimento dos malefícios na saúde resultantes da adoção deste comportamento enquanto mecanismo de *coping* face ao *stress* (Chan, Heaney, 1997).

O fator de *stress autoridade decisória* representou um risco baixo para a amostra, com um valor médio de classificação total de 7 (para totais de 0 a 8, em que quanto menor o total maior o risco de *stress*). Uma baixa tomada de decisão no trabalho em interação com elevados requisitos/exigências no trabalho dão origem ao que se entende por *strain* (Azagba, Sharaf, 2011; Kouvonen, *et al.*, 2005), causado um ligeiro aumento do risco de desenvolvimento de doenças associadas ao tabaco pela maior intensidade tabágica do fumador, sendo necessário, por esta razão, um maior apoio para a cessação tabágica (Heikkilä, *et al.*, 2012).

Os resultados mantiveram-se semelhantes quando medido o fator de *stress discriminação de tarefas*. O risco que este fator representa para a amostra é baixo (média de classificação total de 5, num intervalo de totais de 0 a 6). Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) reportaram que a ambiguidade no papel do trabalhador aumentavam a probabilidade de recaída após cessação tabágica, o que justifica um acompanhamento próximo e estruturado dos trabalhadores em cessação tabágica cujo contexto de trabalho se apresente com um risco moderado/elevado quanto à *discriminação de tarefas*.

O fator *condições de emprego* também não representava um risco relevante para a amostra em estudo, com uma média de classificação total de 5, num total de 0 a 7. Balsa, Vital e Urbano (2014b), a respeito do inquérito realizado à população portuguesa em 2012, descreveram um maior consumo de tabaco entre homens que prestavam trabalho a tempo parcial, em trabalhadores que faziam turnos rotativos diurnos e em trabalhadores sem vínculo contratual, evocando, desta forma, uma influência das *condições de emprego* no comportamento face ao consumo de tabaco dos trabalhadores.

O fator de *stress apoio dos chefes e colegas* foi o único item do *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* que se apresentou fiável, com um $\alpha = 0,739$. A classificação total média a respeito deste fator de *stress* foi 7, para um intervalo de resultados de 1 a 8, evocando um baixo risco de *stress* causado por este fator.

A partir deste fator de *stress* foi realizada uma análise bivariada binária para pesquisa de associação e correlação do *apoio dos chefes e colegas* com a motivação para a cessação tabágica. Nos resultados obtidos foi manifesta uma elevada prevalência de vendedores com baixa motivação para a cessação tabágica (70,5%) independentemente da classificação total obtida neste item do questionário. Não se verificou evidência estatisticamente significativa para se assumir uma associação entre o *apoio dos chefes e colegas* e a motivação para a cessação tabágica ($p = 0,437$), tendo-se verificado que este fator de *stress* não afetava a motivação para a cessação tabágica [OR = 0,686 (IC95%: 0,265 – 1,777)]. A correlação entre estas duas variáveis assumiu-se, sem significado estatisticamente significativo, fraca e com um sentido negativo ($p = -0,127$), sugestiva de que quanto maior o *apoio dos chefes e colegas*, menor a motivação para a

cessação tabágica. Albertsen, Borg e Oldenburg (2006) relataram que a presença de colegas fumadores contraria a cessação tabágica. A promoção do apoio entre pares no que respeita à cessação tabágica tem sido uma estratégia adotada em programas de cessação tabágica no local de trabalho. Esta intervenção proporciona, para além da divulgação de informação útil no controlo do tabagismo, o desenvolvimento de uma mudança a nível social do comportamento face ao consumo de tabaco (Sorensen, 2001), “desnormalizando” o comportamento tabágico e, desta forma, promovendo, por si, a cessação tabágica (WHO, 2003).

O fator horas de trabalho tem sido frequentemente relatado enquanto fator de *stress* influente no comportamento face ao consumo de tabaco dos trabalhadores. A amostra de vendedores revelou trabalhar, em média, 11 horas por dia, indicando a vivência de um período laboral alargado (média de 55 horas semanais). Feita uma análise bivariada binária de associação e correlação entre as horas de trabalho e a motivação para a cessação tabágica, encontrou-se, tal como ocorrido no fator anterior, uma maior prevalência de vendedores com motivação baixa para a cessação tabágica independentemente da carga horária diária (69,7%). No entanto, em Teste χ^2 , verificou-se um valor de $p = 0,062$, sugestivo de uma associação estatisticamente significativa entre as horas de trabalho e a motivação para a cessação tabágica para níveis de significância de 10%. Quando analisada a influencia das horas de trabalho na motivação para a cessação tabágica, apesar da ausência de associação estatisticamente significativa para níveis de significância de 5% (IC95%: 0,945 – 6,240), verificou-se um OR = 2,429, sugerindo que os vendedores que trabalhavam mais horas teriam 2 vezes mais probabilidades de terem uma maior motivação para a cessação tabágica. A conclusão retirada acerca do sentido da associação entre as duas variáveis encontrou-se reforçada pelo resultado positivo, mas fraco, da análise de correlação entre as mesmas ($p = 0,272$).

O resultado de associação entre as horas de trabalho e a motivação para a cessação tabágica não é concordante com o achado por Angrave, Charlwood e Wooden (2014), cujos resultados traduziram uma tendência para redução das possibilidades de cessação tabágica e aumento de recaídas em trabalhadores que trabalham mais de 50 horas por semana. Não se tendo encontrado estudos que evidenciassem uma associação positiva entre os longos períodos de trabalho e a

motivação para a cessação tabágica, uma possível explicação para esta ocorrência poderá prender-se com facto da intensidade tabágica nestes fumadores, a par da “autoconscientização” dos prejuízos causados pelo consumo de tabaco, poder causar uma insatisfação e repulsa face ao seu comportamento tabágico e, por sua vez, uma maior motivação para a cessação, conforme retratado no estudo de Chan e Heaney (1997). Para a presente amostra será importante o acesso a programas interventivos de cessação tabágica e a promoção de um ambiente de trabalho 100% livre de fumo.

Por último, verificou-se um nível de satisfação autorreportada com o trabalho elevado na amostra, tendo sido classificado numa média de 7 em escala visual analógica. Tal como nos fatores de *stress* analisados anteriormente, a motivação para a cessação tabágica apresentou-se predominantemente baixa independentemente da satisfação com o trabalho (69%), não tendo existido evidência estatisticamente significativa para se assumir uma associação ($p = 0,591$) ou uma influência entre a motivação para a satisfação com o trabalho e a motivação para a cessação tabágica [OR = 0,777 (IC95%: 0,310 – 1,950)], para níveis de significância de 5%. Quando verificado o sentido de uma correlação fraca entre os dados, apurou-se um coeficiente negativo ($p = -0,051$) sugerindo, num resultado sem significância estatística, que quanto maior a satisfação com o trabalho menor a motivação para a cessação tabágica. Balsa, Vital e Urbano (2014b) relataram a existência de um maior consumo de tabaco em trabalhadores pouco ou nada satisfeitos com o trabalho. Neste caso, com uma satisfação autorreportada moderadamente alta (70%), a motivação para a cessação tabágica é maioritariamente baixa o que evoca, mais uma vez, que, para o contexto em estudo, estratégias de intervenção que incidam na mudança comportamental dos vendedores é o fator chave para o aumento da motivação para a cessação tabágica.

Retira-se, da análise dos resultados obtidos, que, apesar da amostra de vendedores classificar o seu nível de *stress* autopercecionado no dia-a-dia como elevado (medido em escala visual analógica), que o principal motivo de recaída em tentativas de cessação tivesse sido o *stress*, e de ser atribuída uma classificação de 7 à possibilidade de utilizar o tabaco enquanto mecanismo de *coping* face ao *stress*, apenas a carga horária diária de trabalho se revelou positivamente

associada à motivação para a cessação tabágica, com evidência estatisticamente significativa para níveis de significância de 10%.

Retira-se ainda que, apesar de 86,2% dos fumadores responder positivamente à questão *Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?*, o presente estudo exploratório revelou uma elevada prevalência de fumadores com baixa motivação para a cessação tabágica. Atendendo que a motivação para a cessação tabágica é dependente de um leque de variáveis físicas, psicológicas e comportamentais que influenciam a decisão do fumador em deixar de fumar, no apoio ao fumador com uma motivação baixa, o profissional de saúde deverá atuar no reforço da motivação através da abordagem estruturada em função dos “5 Rs” (**R**elevância dos benefícios, **R**iscos em continuar, **R**ecompensas, **R**esistências, **R**epetição), intervindo com empatia, com recurso à utilização de perguntas abertas, escuta reflexiva, evitando o confronto direto e a oposição face às respostas do fumador (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). Desta forma, o fumador poderá ser capacitado no sentido de empreender uma transição de estadio na sua mudança comportamental face ao consumo de tabaco.

6. Limitações do estudo

A limitação mais importante no presente estudo exploratório foi a baixa fiabilidade dos itens correspondentes aos fatores *requisitos do trabalho, autoridade decisória, discriminação de tarefas e condições de emprego*, do *Questionário Sobre Stress no Local de Trabalho*. Esta limitação não permitiu a análise desses fatores de stress no trabalho em relação à motivação para a cessação tabágica. Não foram encontrados outros estudos que utilizassem o *Questionário Sobre Stress no Local de Trabalho*, pelo que a comparação dos presentes resultados com resultados obtidos em estudos anteriores não pôde ser efetuada. Pode extrapolar-se que poderá ter havido influência do contexto onde o questionário foi aplicado, podendo ter pesado o facto da entrega dos questionários ter sido realizada via circuito interno, entre colegas, e o seu preenchimento realizado dentro do horário de trabalho junto de outros colegas. Também poderá ter ocorrido uma inadequação/incompatibilidade das características dos trabalhadores abrangidos relativamente à estrutura do Questionário para os referidos itens. Para averiguar

estas suposições seria necessária a realização de um estudo com maior número de participantes e que abrangesse trabalhadores com diferentes funções, de modo a perceber a variabilidade e fiabilidade dos resultados do *Questionário Sobre Stress no Local de Trabalho*.

Inicialmente, e pela sua vasta referência na revisão bibliográfica realizada, pretendia utilizar-se a escala *Job Content Questionnaire* (JCQ), de Karasek (1985), para avaliação do *stress* relacionado com o trabalho, uma vez que esta escala já se encontra validada para a população portuguesa. No entanto, e após várias tentativas de contacto, não foi obtida qualquer resposta à solicitação de autorização para o uso do JCQ no presente estudo exploratório. Por esta razão, a alternativa encontrada para avaliação do *stress* relacionado com o trabalho foi o *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995), apesar de não terem sido encontrados estudos prévios que utilizassem o referido questionário.

Outra limitação que pesou no presente estudo foi o tempo disponível para a sua concretização. Atendendo ao facto de serem retratadas duas problemáticas de relevo para a sociedade atual, o tabagismo e o *stress* relacionado com o trabalho, houve uma preocupação para a não dispersão sobre a vasta bibliografia existente sobre cada uma das temáticas, procurando-se, a todo o momento, a focalização e afunilamento de ambas as temáticas para o objetivo geral do presente estudo. A capacidade de sintetizar a informação recolhida foi uma competência desenvolvida ao longo da elaboração do presente trabalho de projeto.

Ainda que conseguida uma dimensão satisfatória (95 participantes), a representatividade da amostra também se revelou uma limitação, não se tendo verificado uma distribuição Normal dos dados em algumas das variáveis em estudo. Recomendam-se, de futuro, amostras de maior dimensão e envolvendo trabalhadores que desempenhem diferentes funções a nível profissional.

7. Conclusões

No contexto laboral atual, onde a crise económica afeta tanto o acesso ao mercado de trabalho bem como as condições de trabalho oferecidas à população, o local de trabalho apresenta-se como um contexto importante de intervenção e investimento em promoção da saúde dos trabalhadores, uma vez que garante a abrangência de um grande número de pessoas, adultos jovens, que normalmente recorrem pouco às instituições de saúde.

Em Portugal, segundo os dados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População* (2014), o grupo etário que apresenta a maior prevalência de consumo de tabaco encontra-se na população laboral. A propósito do consumo de tabaco na população de trabalhadores, Weng, Ali e Leonardi-Bee (2012) relataram que os fumadores apresentam um maior risco de absentismo laboral, na ordem dos 33%, do que os não-fumadores, sendo que, em média, os fumadores ausentam-se mais 2,74 dias do que os não fumadores (Weng, Ali, Leonardi-Bee, 2012). Estes prejuízos não advêm apenas do consumo de tabaco por si, mas do agravamento desses prejuízos devido às características ambientais do local de trabalho, pela interação que muitas vezes ocorre entre o fumo do tabaco e os componentes químicos existentes em meio laboral.

A propósito da observação anterior, realça-se a importância da implementação de ambientes de trabalho 100% livres de fumo, uma vez que, para além da proteção dos não-fumadores face ao fumo ambiental do tabaco, a par da prevenção da interação entre esse fumo e as substâncias químicas existentes no meio ambiente, ambientes 100% livres de fumo promovem o aumento do abandono do tabagismo entre os fumadores (Hopkins *et al.*, 2001). Porém, segundo dados da Comissão Europeia a respeito da implementação de ambientes 100% livres de fumo (UE. COMISSÃO EUROPEIA, 2013), constata-se que Portugal, em comparação com os restantes países da UE, tem necessidade de desenvolver mais eficientemente políticas de ambientes livres de fumo do tabaco em espaços fechados, inclusivamente nos locais de trabalho.

A respeito da cessação tabágica, oitenta milhões de mortes poderiam ser evitadas até 2050 caso metade dos atuais fumadores parassem de fumar até 2020 (PORTUGAL. MS. DGS, 2007). No entanto, a decisão do fumador para parar de

fumar abrange um leque de condicionantes que o afetam consciente e inconscientemente, como sejam a dependência na nicotina, a perceção da vulnerabilidade e gravidade do comportamento e os benefícios e dificuldades relacionados com o processo de cessação tabágica (PORTUGAL. MS. DGS, 2007).

Como descrito, os fatores organizacionais têm-se revelado importantes influenciadores do comportamento face ao consumo de tabaco, da cessação tabágica e das recaídas em trabalhadores fumadores. Em particular, as condições de trabalho, ritmo de trabalho, *stress* relacionado com o trabalho e o significado social que o comportamento adota entre o grupo de pares, surgem como obstáculos no controlo do tabagismo entre os trabalhadores (Ham, *et al.*, 2011). Ayyagari e Sindelar (2009) relataram que o trabalhador faz uso do tabaco como forma de “automedica-se” para fazer face às alterações fisiológicas e patológicas provocadas pelo *stress* relacionado com o trabalho, bem como para usufruir do prazer compensatório do tabaco em situação de *stress*, reduzindo, por essas razões, o seu autocontrolo para se abster de fumar.

Estudos realizados acerca da associação entre *stress* relacionado com o trabalho e comportamento tabágico têm apresentado resultados inconclusivos, variando entre resultados positivos, negativos ou nulos (Azagba, Sharaf, 2011; Heikkilä, *et al.*, 2012; Kouvonen, *et al.*, 2005; Li, *et al.*, 2010; Yasin, *et al.*, 2012). Na revisão bibliográfica realizada, os fatores de *stress* encontrados enquanto influentes no comportamento face ao consumo de tabaco foram requisitos/exigências no trabalho, controlo sobre o trabalho, autoridade decisória, apoio social, satisfação com o trabalho, elevado número de horas de trabalho e ruído industrial. Em alguns estudos, estes fatores influenciaram a intensidade tabágica, manutenção do hábito tabágico e cessação tabágica.

Desta forma, o presente estudo exploratório pretendeu verificar a existência de uma associação entre algum dos fatores de *stress* no trabalho, nomeadamente 1) *requisitos no trabalho*, 2) *autoridade decisória*, 3) *discriminação de tarefas*, 4) *condições de emprego*, 5) *apoio das chefias*, 6) *horas de trabalho* e 7) *satisfação com o trabalho*; com a motivação para a cessação tabágica de uma amostra de

vendedores de bens de consumo alimentar, fumadores. As conclusões mais relevantes do presente estudo exploratório foram as seguintes:

1. A amostra de vendedores apresentou uma idade média de 39,6 anos e fumavam, em média, há 19 anos;
2. Dos vendedores, 30,5% consumia o primeiro cigarro do dia nos primeiros 30 minutos após acordar;
3. 68,5% dos vendedores relatou já ter tentado parar de fumar, enquanto 31,5% dos vendedores nunca o teria feito;
4. Constatou-se que o *stress* foi o motivo mais relatado na recaída após tentativa de cessação tabágica (41,4%), seguida da dependência por apreciação subjetiva (24,1%);
5. 86,2% dos vendedores refere que *Gostava de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade*, no entanto 69,1% da amostra apresentou uma motivação baixa para deixar de fumar (total 0-6), 28,7% apresentou uma motivação moderada (7-9) e apenas 2,1% dos vendedores revelaram uma motivação elevada para a cessação tabágica (10);
6. O *Questionário Sobre o Stress no Local de Trabalho* (UE. EUROFOUND, 1995) apresentou itens com uma validade insuficiente para as características da amostra e do contexto onde a recolha de dados foi efetuada, manifestada α de Cronbach muito baixos. Por esta razão, os únicos fatores de *stress* cuja viabilidade permitiu a prossecução para análise bivariada foram *apoio dos chefes e colegas*, horas de trabalho e satisfação com o trabalho;
7. Na análise das covariáveis da motivação para a cessação tabágica, encontrou-se uma associação e correlação estatisticamente significativas entre a covariável tentativas prévias de cessação tabágica e a motivação para deixar de fumar ($p = 0,023$). A correlação apresentou-se negativa e fraca ($p = -0,238$), sugerindo que os fumadores com tentativas prévias de cessação tabágica teriam uma maior motivação para a cessação tabágica (categorização da covariável = Sim [0]; Não [1]);
8. Apesar de resultar independente no Teste χ^2 , a covariável idade apresentou uma correlação estatisticamente significativa à motivação para a cessação tabágica. Essa associação resultou negativa e fraca, ou seja foi sugestiva de que quanto maior a idade do vendedor, menor a sua motivação para a cessação tabágica ($p = -0,243$);
9. Apesar da autoperceção de *stress* elevado no dia-a-dia e do *stress* ter sido referido como o principal motivo de recaída, os fatores de *stress*

relacionados com o trabalho em estudo representaram risco baixo para a amostra de vendedores, à exceção do longo período de horas trabalhadas por dia (média de horas diárias de trabalho = 11 horas);

10. Para níveis de significância de 10%, o número de horas de trabalho apresentou uma associação positiva estatisticamente significativa com a motivação para a cessação tabágica, duplicando a sua probabilidade de ocorrência [OR = 2,429];
11. Apesar dos resultados nulos a respeito da associação entre os restantes fatores de *stress* e a motivação para a cessação tabágica, os vendedores atribuíram uma média de 7 (em escala visual analógica) quando questionados sobre a possibilidade de utilizarem o tabaco como forma de descontraír/relaxar em momentos de *stress*.

Atendendo às principais conclusões retiradas do presente estudo exploratório, propõe-se que, a par da manutenção dos fatores de risco psicossociais num nível baixo e controlado, a Empresa X realize o delineamento de estratégias e desenvolva políticas promotoras do controlo e prevenção do tabagismo no local de trabalho. De acordo com os resultados obtidos para a presente amostra, o desenvolvimento e implementação, ou facilitação de acesso, a programas destinados à cessação tabágica, no local de trabalho ou externos, deverá ser um dos principais focos de atuação na modificação do comportamento face ao consumo de tabaco nos vendedores, nomeadamente face à baixa motivação para a cessação tabágica encontrada neste grupo de profissionais.

8. Referências bibliográficas

ALBERTSEN, K. [et al.] - The effect of work environment and heavy smoking on the social inequalities in smoking cessation. *Public Health*. 117 (2003) 383-388.

ALBERTSEN, K. ; BORG, V. ; OLDENBURG - A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. *Preventive Medicine*, 43 (2006) 291-305.

ANGRAVE, D. ; CHARLWOOD, A. ; WOODEN, M. - Working time and cigarette smoking: Evidence from Australia and the United Kingdom. *Social Science & Medicine*. 112 (2014) 72-79.

AYYAGARI, P. ; SINDELAR, J. L. - The impact of job stress on smoking and quitting: evidence from the HRS. *NBER Working Paper Series* (ago. 2009) 1-35.

AZAGBA, S.; SHARAF, M. F. - The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health Economics Review*. 1 : 15 (2011) 1-14.

BALSA, C. ; VITAL, C. ; URBANO, C. - III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral : Portugal 2012 . [Coleção Estudos]. [em linha] Lisboa : SICAD, 2014a. [consult. 8 nov. 2014] Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/paginas/search.aspx?k=inqu%C3%A9rito>

BALSA, C. ; VITAL, C. ; URBANO, C. - III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012 : Consumo de substâncias psicoativas na população laboral. [em linha] Lisboa : s.n., 2014b. [consult. 22 nov. 2014] Disponível em: http://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=18&lista=SICAD_DESTAQUE_S&bkUrl=BK/

BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. Lisboa : Edições 70 (Persona, 13) (1979) 51-57.

CAHILL, K. ; LANCASTER, T. - Workplace interventions for smoking cessation. Londres : The Cochrane Collaboration, 2014.

CHAN, W.-F. ; HEANEY, A. - Employee Stress Levels and the Intention to Participate in a Worksite Smoking Cessation Program. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 : 4 (1997) 351-364.

CHILDS, E. ; WIT, H. - Hormonal, cardiovascular, and subjective responses to acute stress in smokers. *Psychopharmacology*. 203 (2009) 1-12.

CLARK, M. A. [et al.] - Age and Stage of Readiness for Smoking Cessation. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*. 4 (1997) 212-221.

DEMENT, J. M. - Tobacco Smoking and Workplace Hazards: Cancer, Heart Disease, and Other Occupational Risks. In WORK, SMOKING, AND HEALTH: A NIOSH SCIENTIFIC WORKSHOP, Washington, DC., Washington Court Hotel, 15 e 16 de junho de 2000. Atlanta, GA. : NIOSH, 2000, 76-90.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. - The Tobacco Atlas. 4ª ed. Atlanta, GA. : American Cancer Society, 2012.

EUA. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - How Tobacco Smoke Causes Disease : The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. [em linha] Atlanta, GA. : U.S. Department of Health and Human Services, 2010. [consult. 4 out. 2014] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>

EUA. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. [em linha] Atlanta, GA. : U.S. Department of Health and Human Services, 2014. [consult. 18 out. 2014] Disponível em: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>

FICHTENBERG, C. M. ; GLANTZ, S. A. - Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*. 325 : 7357 (jun. 2002) 188-194.

HAM, D. C. [et al.] - Occupation and Workplace Policies Predict Smoking Behaviors: Analysis of National Data from the Current Population Survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 53 : 11 (nov. 2011) 1337-1345.

HEIKKILÄ, K. [et al.] - Job Strain and Tobacco Smoking: An Individual-Participant Data Meta-Analysis of 166 130 Adults in 15 European Studies. *PLoS ONE*. 7 : 7 (jul. 2012) 1-7.

HEISHMAN, S. J. - Behavioral and cognitive effects of smoking: relationship to nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research*. 1 (1999) 143-147.

HELMERT, U. ; BORGERS, D. ; BAMMANN, K. - Soziale Determinanten des Rauchverhaltens in Deutschland : Ergebnisse des Mikrozensus 1995. *Sozial-und Präventivmedizin*. 46 (2001) 172-181.

HOPKINS, D. P. [et al.] - Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Preventive Medicine*. 20 : 2S (2001) 16-66.

JOHN, U. [et al.] - Associations of perceived work strain with nicotine dependence in a community sample. *Occupational and Environmental Medicine*. 63 (2006) 207–211.

KASSEL, J. D. ; STROUD, L. R. ; PARONIS, C. A. - Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychological Bulletin*. 129 : 2 (2003) 270-304.

KOTLYAR, M. [et al.] – Effect of Stress and Bupropion on Craving, Withdrawal Symptoms, and Mood in Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*. 13 : 6 (jun. 2011) 492-497.

KOUVONEN, A. [et al.] - Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46 190 employees. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 59 (2005) 63-69.

LEI 37/2007. D.R., I.^a Série. 156 (14.08.2007) 5277- 5285 – Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo

LI, Z. [et al.] - Patterns of smoking and its association with psychosocial work conditions among blue-collar and service employees of hospitality venues in Shenyang, PR China. *BMC Public Health*. 10 : 37 (2010) 1-11.

MANSO, C. F. [et al.] - Stress. *Acta Médica Portuguesa*. 10 (1997) 307-310.

MAROCO, J. ; GARCIA-MARQUES, T. - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? : questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*. 4 : 1 (2006) 65-90.

MOISAN, M.-P. ; MOAL, M. L. - Le stress dans tous ses états. *médecine/sciences*. 28 (2012) 612-617.

NORIEGA, P. - Stress Ocupacional. In LICENCIATURA EM ERGONOMIA., Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. [em linha] Dafundo: Faculdade de Motricidade Humana, s.d. [consult. 3 jan. 2015] Disponível em: <http://home.fmh.utl.pt/~pnoriega/teaching/pst/matpst/files/14stres.pdf>

NUNES, E. - Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 225-244.

NUNES, E. - Aconselhamento médico na prevenção da doença e promoção da saúde : análise a propósito do consumo de tabaco. [em linha] Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento elaborada no âmbito do Programa de Doutoramento em Saúde Pública, Especialidade de Promoção da Saúde, ministrado pela ENSP. UNL. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/10183>

PARROTT, A. – Smoking cessation leads to reduced stress, but why?. *The International Journal of the Addictions*. 30 : 11 (set. 1995) 1509-1516.

PARROTT, A. C. ; MURPHY, R. S. - Explaining the stress-inducing effects of nicotine to cigarette smokers. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 27 (2012) 150-155.

PERDIKARIS, P. [et al.] - The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses' Tobacco Use: A Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 7 (2010) 2362-2375.

PORTUGAL. MS. DGS; PORTUGAL, MS. INSA – Relatório INFOTABAC. Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do tabaco. Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal 2008-2010. [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, 2011. [Consult. 25 Outubro de 2014] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/5/default.aspx?pl=&id=5516&acess=0>

PORTUGAL. MS. DGS - Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. [em linha] Lisboa : DGS, 28 dez. 2007. Circular Normativa Nº: 26/DSPPS. [Consult. 25 Outubro de 2014] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/5/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12636>

PORTUGAL. MS. DGS - Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2013. [em linha] Lisboa : DGS, 2013b. [Consult. 26 Outubro de 2014] Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013.aspx>

PORTUGAL. MS. DGS - Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2014. [em linha] Lisboa : DGS, 2014. [Consult. 26 Outubro de 2014] Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2014.aspx>

PORTUGAL. INE - [Pesquisa dos indicadores “Empresas (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Atividade económica (Subclasse - CAE Rev. 3); Anual. Período de referência dos dados: 2012”]. [Em linha]. Lisboa : INE, 2014a. [Consult. 9 mai. 2015]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006541&contexto=bd&selTab=tab2 .

PORTUGAL, INE - [Pesquisa dos indicadores “Pessoal ao serviço (N.º) das Empresas por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Atividade económica (Subclasse - CAE Rev. 3); Anual. Período de referência dos dados: 2012”]. [Em linha]. Lisboa : INE, 2014b. [Consult. 9 mai. 2015]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006542&contexto=bd&selTab=tab2

REDDY, K. – History of Tobacco. [em linha] Interagency Committee on Smoking and Health Meeting. International Efforts in Global Tobacco Control and

Prevention: Country Presentations. EUA: 13 de Abril 2005. [Consult. 25 Out. 2014]
Disponível em:
<http://www.cdc.gov/tobacco/icsh/meetings/summary041305/presentations/pdfs/reddy/reddy.pdf>

RICHMOND, R.; KEHOE, L.; WEBSTER, I. - Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practioners. *Addiction* 88 (1993) 1127-35.

RIDNER, S.H. - Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 45 : 5 (2004) 536–545.

ROOM, R. - Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 58 (2004) 111-115.

RUGULIES, R. ; SCHERZER, T. ; KRAUSE, N. - Associations between Psychological Demands, Decision Latitude, and Job Strain with Smoking in Female Hotel Room Cleaners in Las Vegas. *International Journal of Behavioral Medicine*.15 (2008) 34-43.

SACADURA-LEITE, E. ; UVA, A. S. – Stress relacionado com o trabalho. [em linha] *Saúde e Trabalho*. 6 (2007) 25-42. [constl. 1 nov. 2014] Disponível em:
http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf/view

SEYFFARTH, H. – The Conception of “Stress” as Submitted by Hans Selye. *Acta Allergologica*. XV (1960) 532-543.

SIEGRIST, J. ; RÖDEL, A. - Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 32 : 6 (2006) 473-481.

SORENSEN, G. - Worksite tobacco control programs: the role of occupational health. *Respiration Physiology*. 128 (2001) 89-102.

SZABO S.; TACHE Y.; SOMOGYI A. – The Legacy of Hans Seylea and the Origins of Stress Research: A Retrospective 75 Years after his Landmark brief “Letter” to the Editor[#] of *Nature*. *Informa Healthcare*, 15 : 5 (set. 2012) 472-478

UE. COMISSÃO EUROPEIA - Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments. Bruxelas : Comissão Europeia, 14 mar. 2013. Documento de trabalho 2009/C 296/02.

UE. EU-OSHA - OSH in figures: stress at work - facts and figures. [EN, 9]. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2009.

UE. EU-OSHA - Guia da Campanha «Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho». [em linha] Luxemburgo : Serviço das Publicações da

União Europeia, 2013. [consult. 15 nov. 2014] Disponível em: <https://www.healthy-workplaces.eu/pt/tools-and-resources/a-guide-to-psychosocial-risks>

UE. EUROFOUND ; EU-OSHA - Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. [em linha] Luxemburgo : Serviço das Publicações da União Europeia, 2014. [consult. 29 nov. 2014] Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view>

UE. EUROFOUND – O Stress no Trabalho: Causas, Efeitos e Prevenção. Guia para as Pequenas e Médias Empresas. Luxemburgo : Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1995

UE. EUROFOUND – Stress at work: Causes, Effects and Prevention. A Guide for Small and Medium Sized Enterprises. Luxemburgo : Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1994

VOGLI, R. D. ; SANTINELLO, M. - Unemployment and smoking: does psychosocial stress matter?. *Tobacco Control*. 14 (2005) 389-395.

WARDLE, M. C. ; MUNAFÒ, M. R. ; WIT, H. - Effect of social stress during acute nicotine abstinence. *Psychopharmacology*. 218 (2011) 39-48.

WENG, S. F. ; ALI, S. ; LEONARDI-BEE, J. - Smoking and absence from work: systematic review and meta-analysis of occupational studies. *Addiction*. 108 (2012) 307-319.

WETZELS, M. ; RUYTER, K. ; BLOEMER, J. - Antecedents and consequences of role stress of retail sales persons. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 7 (2000) 65-75.

WHO EUROPE - WHO European strategy for smoking cessation policy. [European Tobacco Control Policy Series, no. 1]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. [consult. 19 out. 2014] Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/68111/E80056.pdf

WHO – WHO Framework Convention on Tobacco Control. [em linha] Genebra : WHO, 2003. [consult. 18 out. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/fctc/text_download/en/

WHO - WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. [em linha] Genebra : WHO, 2008. [consult. 19 out. 2014] Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>

WHO - WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. [em linha] Genebra : WHO, 2009. [consult. 19 out. 2014] Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>

WHO - WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. [em linha] Genebra : WHO, 2013. [consult. 28 out. 2014] Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/

WHO. Tobacco. *Fact sheet*. 2014 [em linha]. [Consult. 26 out. 2014] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/#>

YASIN, S. M. [et al.] - Job stressors and smoking cessation among Malaysian male employees. *Occupational Medicine*. 62 (2012) 174-181.

ZHOU, X. [et al.] - Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*. 34 : 4 (2009) 365-373.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

"Stress relacionado com o trabalho e cessação tabágica: Um obstáculo?"

Muito obrigada pela sua participação. O seu contributo será fundamental!
Todas as respostas fornecidas no seu questionário serão anónimas confidenciais.

1. Qual a sua idade: ____ anos

2. Qual o grau mais elevado de escolaridade que completou?

2.1. Menos de 9 anos de escolaridade ☐

2.4. Bacharelato ou equivalente ☐

2.2. 9º ano ☐

2.5. Licenciatura ☐

2.3. 12º ano ou equivalente ☐

2.6. Mestrado/Doutoramento ☐

3. Qual o seu estado civil:

3.1. Solteiro ☐

3.3. Separado ou divorciado ☐

3.2. Casado/junto/união de facto ☐

3.4. Viúvo ☐

4. Como considera, de uma forma geral, o seu estado de saúde?

4.1. Muito bom ☐

4.4. Mau ☐

4.2. Bom ☐

4.5. Muito mau ☐

4.3. Razoável ☐

5. Sofre de alguma doença crónica?

5.1. Sim ☐

5.2. Não ☐

↳ 5.3. Por favor, indique-nos qual(ais): _____

6. Há quantos anos fuma diariamente? ____ anos

7. Indique o número (nº) de cigarros ou outros produtos do tabaco que consome, em média, por dia:

7.1. (nº) ____ Cigarros 7.2. (nº) ____ Cigarilhas 7.3. (nº) ____ Charutos

7.4. (nº) ____ Outro tipo de tabaco

8. Fuma o 1º. Cigarro do dia nos primeiros 30 minutos após acordar?

8.1. Sim ☐

8.2. Não ☐

9. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nada e 10 totalmente, assinale até que ponto considera que o seu consumo atual de tabaco poderá prejudicar a sua saúde no futuro:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Já alguma vez tentou deixar de fumar?

10.1. Sim ☐ ↴

10.1.1. E qual(ais) os motivos que o levaram a voltar a fumar? _____

10.2. Não ☐ ↴

10.2.1. E porque é que nunca tentou? _____

11. Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?

11.1. Sim..... ☐

11.2. Não..... ☐

12. Quantifique o seu interesse em deixar de fumar

12.1. Não tenho interesse.. ☐

12.2. Ligeiro..... ☐

12.3. Moderado..... ☐

12.4. Intenso..... ☐

13. Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas?

13.1. Não de certeza..... ☐

13.2. Talvez não..... ☐

13.3. Talvez sim..... ☐

13.4. Sim de certeza..... ☐

14. Qual a possibilidade de deixar de fumar nos próximos seis meses?

14.1. Não de certeza..... ☐

14.2. Talvez não..... ☐

14.3. Talvez sim..... ☐

14.4. Sim de certeza..... ☐

Referência para as perguntas 11 a 14 (Teste de Richmond): Richmond R, Kehoe L, Webster L. - *Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners*. Addiction 1993; 88:1127-35.

Adaptação para português do CESNOVA, utilizado em: Balsa, C.; Vital, C.; Urbano, C.; - *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa, 2014.

15. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa muito baixo e 10 muito elevado, como classifica o seu nível de stress nas atividades do seu dia-a-dia (casa, trabalho, trânsito, etc..)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nenhuma possibilidade e 10 significa possibilidade certa, assinale qual a possibilidade de utilizar o tabaco como forma de relaxar, quando se sente em maior stress:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

17.1. Nunca ☐

17.4. Duas a três vezes por semana ☐

17.2. Uma vez por mês ou menos ☐

17.5. Quatro ou mais vezes por semana ☐

17.3. Duas a quatro vezes por mês ☐

18. Quantas bebidas com álcool (nº copos) consome:

18.1. Num dia normal de trabalho? _____

18.2. Num dia normal de fim-de-semana? _____

“Stress relacionado com o trabalho e cessação tabágica: Um obstáculo?”

19. Há quanto tempo trabalha para esta empresa? ____anos

20. Há quanto tempo trabalha na sua atual função? ____anos

21. Qual o número médio de horas que trabalha por dia? ____horas

22. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nada satisfeito e 10 significa totalmente satisfeito, indique o seu grau de satisfação com a sua atual situação de trabalho:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Seguidamente, responda a cada questão, marcando a resposta que melhor se aplica à sua situação de trabalho. Por vezes nenhuma das respostas é exatamente aplicável. Nesse caso, escolha a mais aproximada.

	Sim	Não
23.1. O seu trabalho requer muita rapidez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2. O seu trabalho é muito árduo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3. É solicitado a trabalhar excessivamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4. Tem tempo suficiente para realizar as suas tarefas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5. É objeto de pedidos conflituosos por parte dos outros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6. O seu trabalho necessita de longos períodos de concentração intensa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.7. As suas tarefas são interrompidas frequentemente antes de serem completadas, necessitando de atenção posterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.8. O volume e ritmo do seu trabalho são muito elevados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.9. A espera de trabalho proveniente de outras pessoas ou secções prejudica o ritmo do seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.10. O seu trabalho permite-lhe tomar muitas decisões individuais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.11. No âmbito das suas tarefas, tem pouca liberdade de escolher o modo de trabalhar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.12. Tem bastante responsabilidade relativamente ao seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.13. Pode determinar a ordem das suas tarefas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.14. Pode determinar o modo de realizar determinada tarefa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.15. Pode facilmente deixar o local de trabalho por um período breve?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.16. Pode interromper o seu trabalho, se necessário?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.17. Pode determinar o seu próprio ritmo de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.18. O seu trabalho necessita que aprenda coisas novas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Stress relacionado com o trabalho e cessação tabágica: Um obstáculo?"

	Sim	Não
23.19. O seu trabalho é muito repetitivo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.20. O seu trabalho necessita de um espírito criativo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.21. O seu trabalho necessita de um nível elevado de destreza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.22. Realiza uma série de tarefas diferentes no seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.23. Tem a oportunidade de desenvolver as suas próprias aptidões?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.24. Pode determinar a altura em que começa e para de trabalhar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.25. Pode determinar quando necessita de uma pausa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.26. Tem conhecimento do seu horário de trabalho com mais de um mês de antecedência?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.27. Pode tirar dias de férias quando deseja?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.28. O seu trabalho é seguro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.29. As suas perspetivas para o desenvolvimento de carreira e de promoção são boas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.30. Em cinco anos as suas qualificações ainda serão válidas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.31. A atmosfera do local de trabalho é boa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.32. Os seus colegas irritam-se frequentemente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.33. Se necessário, pode pedir assistência a um ou mais colegas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.34. Considera ter uma boa chefia direta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.35. A sua opinião é tomada suficientemente em conta pela sua chefia direta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.36. A sua chefia direta tem uma ideia precisa do seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.37. É suficientemente apoiado no seu trabalho pela sua chefia direta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.38. Está suficientemente informado sobre o desenvolvimento da empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referência para a pergunta 23: Eurofound (1995). *O stress no trabalho: causas, efeitos e prevenção - Guia para as pequenas e médias empresas*, Serviço Das Publicações Oficiais Das Comunidades Europeias, Luxemburgo.
No sentido de melhor adaptar as questões à linguagem corrente dos inquiridos, procedeu-se à alteração do termo utilizado no questionário original "gestão quotidiana" (perguntas 23.34, 23.35, 23.36 e 23.37), pelo termo "chefia direta".

Muito obrigada pelo seu contributo, o qual será fundamental neste estudo.
Por favor, coloque o questionário dentro do envelope que lhe foi entregue, feche e devolva-o ao colega que o entregou.

APÊNDICE 2 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO



Lisboa, 16 de Janeiro 2015

Estimado participante,

O questionário que lhe faço chegar pretende colher informação para a realização de um estudo no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Este estudo tem por objectivo compreender se existe ou não uma associação entre o *stress* relacionado com o trabalho e a motivação para deixar de fumar, pretendendo-se que seja relevante no planeamento de estratégias eficazes na prevenção e controlo do tabagismo no local de trabalho.

Este questionário, de resposta anónima e confidencial, encontra-se sob responsabilidade da signatária e orientação da Prof.^a Doutora Emília Nunes. Os dados serão apresentados de forma agregada, de modo a salvaguardar o anonimato das respostas.

Resta-me agradecer imenso a sua colaboração no preenchimento do questionário e sua devolução em envelope devidamente fechado. Encontro-me disponível para quaisquer esclarecimentos adicionais através do endereço c.patacas@ensp.unl.pt.

Com os melhores cumprimentos,

Enf.^a Cátia Patacas

(Enfermeira, aluna do XVI Mestrado em Saúde Pública)

Prof.^a Doutora Emília Nunes

(Médica, Professora Auxiliar Convidada da Escola Nacional de Saúde Pública)

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÕES

RE: Authorization for the use of Richmond Test for a MD dissertation

Fran Hyslop [f.hyslop@unsw.edu.au]

Mensagem reencaminhada em 16-01-2015 14:47.

Enviado: segunda-feira, 12 de Janeiro de 2015 23:51

Para: [Catia Sofia Caramelo Patacas](mailto:Catia.Sofia.Caramelo.Patacas)

Cc: [Fran Hyslop \[f.hyslop@unsw.edu.au\]](mailto:Fran.Hyslop@unsw.edu.au)

Dear Catia,

You are welcome to use the Richmond Test as cited

Please consider this email to be official authorisation.

Please cite the work in any publications you produce.

Best wishes for your work and studies

Fran Hyslop for Prof Robyn Richmond,
SPHCM, UNSW,
Kensington, NSW,
Australia

From: Catia Sofia Caramelo Patacas [c.patacas@ensp.unl.pt]

Sent: Tuesday, 13 January 2015 10:29 AM

To: Robyn Richmond

Cc: Fran Hyslop

Subject: Authorization for the use of Richmond Test for a MD dissertation

Dear Professor Robyn Richmond,

Cátia Patacas, occupational nurse and student of the Master Degree in Public Health from National School of Public Health in the Universidade Nova de Lisboa, ask authorization for the use of "Richmond Test" (Richmond R, Kehoe L, Webster I. - Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practioners. Addiction 1993; 88:1127-35) ,translated to portuguese, for a MD dissertation investigation with the title "Work related Stress and Smoking Cessation: an obstacle or an opportunity?: exploratory study among workers of a Portuguese company". The Richmond Test will be administered together with a work related stress questionnaire.

Already grateful for your attention and availability

Looking forward to

RE: Authorization for the use of Richmond Test for a MD dissertation

Casimiro Balsa - Fac [cm.balsa@fcsh.unl.pt]

Mensagem reencaminhada em 17-01-2015 12:52.

Enviado: sexta-feira, 16 de Janeiro de 2015 18:30

Para: [Catia Sofia Caramelo Patacas](mailto:Catia.Sofia.Caramelo.Patacas)

Cc: claravital@fcsh.unl.pt

Anexos:  [Questoes avaliacao motivac~1.pdf \(51KB\)](#) [[Abrir como Página Web](#)]

Cara Sra. Dra. Cátia Patacas,

Deixo-lhe, em anexo, as perguntas que formulámos, ficando à sua disposição para trocarmos resultados que permitam melhorar a sua formulação.

Melhores cumprimentos

Casimiro Balsa

-----Mensagem original-----

De: Catia Sofia Caramelo Patacas [<mailto:c.patacas@ensp.unl.pt>]

Enviada: sexta-feira, 16 de Janeiro de 2015 14:47

Para: cm.balsa@fcsh.unl.pt

Cc: claravital@fcsh.unl.pt

Assunto: FW: Authorization for the use of Richmond Test for a MD dissertation

Importância: Alta

RE: Authorization for the use of Stress at Work Questionnaire in a Master Dissertation

Copyright Foundation [Copyright.Foundation@eurofound.europa.eu]

Foi enviado um recibo de leitura para este remetente.
Respondida em 12-01-2015 22:01.

Enviado: segunda-feira, 12 de Janeiro de 2015 18:30

Para: [Catia Sofia Caramelo Patacas](#)

Dear Ms. Patacas,

In relation to your recent enquiry about using the questionnaire contained in the book "O Stress no Trabalho: causas, efeitos e prevenção - Guia para as pequenas e médias empresas" by Eurofound, there is no problem using the questionnaire and citing the book as long as you refer to Eurofound as the copyright holder in the format expressed below.

Eurofound (1995), *O stress no trabalho: causas, efeitos e prevenção - Guia para as pequenas e médias empresas*, Serviço Das Publicações Oficiais Das Comunidades Europeias, Luxembourg

If you only use part of the questionnaire, or decide to change the format of any of the questions, please indicate that the change was made and cite the "Stress at Work Questionnaire", portuguese version, contained in the publication Eurofound (1995), *O stress no trabalho: causas, efeitos e prevenção - Guia para as pequenas e médias empresas*, Serviço Das Publicações Oficiais Das Comunidades Europeias, Luxembourg as a source.

Kind regards,

Eleonora Peruffo
Operation Administrative Assistant

On Behalf of

Mattanja de Boer
Head of Operations

-----Original Message-----

From: Catia Sofia Caramelo Patacas [<mailto:c.patacas@ensp.unl.pt>]

Sent: 03 January 2015 17:01

To: Eurofound Information

Subject: Authorization for the use of Stress at Work Questionnaire in a Master Dissertation

Importance: High